

**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS MILITARES –**  
**SEGURANÇA E DEFESA**

**2012/2014**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**COMPETITIVIDADE E RACIONALIZAÇÃO NO HOSPITAL DAS  
FORÇAS ARMADAS**

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS E DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA.



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**COMPETITIVIDADE E RACIONALIZAÇÃO NO  
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**MAJ/ADMAER Jorge Manuel Ferreira Nunes**

Dissertação de mestrado do MCMSD 2012/2014

Pedrouços 2014



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**COMPETITIVIDADE E RACIONALIZAÇÃO NO  
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**MAJ/ADMAER Jorge Manuel Ferreira Nunes**

Dissertação de mestrado do MCMSD 2012/2014

Orientador: Professor Doutor Carlos Manuel Morais da Costa

Coorientador: Tenente-Coronel de Infantaria Francisco Miguel Gouveia Pinto  
Proença Garcia (Doutor)

Pedrouços 2014



## **Agradecimentos**

### **AGRADEÇO:**

À Célia por todo o incentivo e apoio.

Ao Rodrigo pela companhia e por compreenderes que o papá tinha de estudar e não podia brincar sempre que querias!

Ao Professor Carlos Costa pela sua amizade! Mais uma vez demonstrou uma disponibilidade incansável e inigualável, sempre com profícuas opiniões, que em muito valorizaram a investigação. Sem a sua orientação, o trabalho não teria chegado ao fim!

A todos que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse possível.

**BEM HAJAM A TODOS!**



## Índice

Introdução.....	1
1. As organizações e o seu ambiente .....	6
a. Ambiente externo .....	7
b. Ambiente interno.....	8
c. A tomada de decisão .....	10
(1) Ambiente da tomada de decisão.....	11
d. O ambiente das organizações prestadoras de cuidados de saúde.....	12
2. O papel do Gestor .....	15
a. Modelo de Mintzberg .....	17
3. Gestão do conhecimento e a <i>Competitive Intelligence</i> .....	20
a. Gestão do conhecimento.....	20
b. <i>Competitive Intelligence</i> .....	23
(1) A <i>competitive intelligence</i> nas organizações .....	24
(2) O ciclo da intelligence .....	25
c. A <i>competitive intelligence</i> no quadro da gestão do conhecimento .....	26
4. Metodologia.....	28
a. A Técnica <i>Delphi</i> .....	28
b. Desenvolvimento e aplicação da Técnica <i>Delphi</i> .....	30
(1) Identificação e seleção do painel de peritos.....	30
(2) Preparação e aplicação do questionário.....	32
(3) Coeficiente de concordância de <i>Kendall</i> .....	33
5. Resultados: Apresentação e discussão .....	35
a. Apresentação dos resultados.....	35
b. Discussão dos resultados .....	37
(1) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o grupo “saúde” .....	38
(2) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o grupo “não saúde” .....	40
(3) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o todo o painel <i>Delphi</i> .....	41
(4) Complementaridade entre a <i>competitive intelligence</i> e o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas .....	45
Conclusões.....	49
Bibliografia.....	58



## Índice de Apêndices

Apêndice A – Enquadramento legal do Hospital das Forças Armadas .....	A-1
Apêndice B – Corpo de conceitos .....	A-4
Apêndice C – O papel do gestor segundo o modelo de Mintzberg .....	A-7
Apêndice D – Primeira Volta do Painei <i>Delphi</i> (e-mail e questionário) .....	A-8
Apêndice E – Segunda Volta do Painei <i>Delphi</i> (e-mail e questionário).....	A-12
Apêndice F – Resultados segunda volta Painei <i>Delphi</i> .....	A-16

## Índice de Figuras

Figura n.º 1 – Ambiente externo das organizações.....	7
Figura n.º 2 – Processo de criação de valor.....	8
Figura n.º 3 – Cadeia de valor de Porter para um hospital.....	9
Figura n.º 4 – Análise SWOT .....	9
Figura n.º 5 – Condições que afetam a possibilidade da decisão falhar .....	12
Figura n.º 6 – Ambiente competitivo do HFAR.....	14
Figura n.º 7 – Combinação dos atributos do gestor .....	16
Figura n.º 8 – Dimensões do papel do gestor .....	19
Figura n.º 9 – Os níveis hierárquicos da informação .....	21
Figura n.º 10 – Espiral do conhecimento segundo Nonaka e Takeuchi.....	22
Figura n.º 11 – Ciclo da <i>intelligence</i> .....	25
Figura n.º 12 – A relação entre GC e CI .....	27
Figura n.º 13 – Modelo integrado da CI e do papel do diretor do HFAR.....	48

## Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 – Constituição do Painei <i>Delphi</i> .....	31
Tabela n.º 2 – Ordenação dos resultados da primeira volta – Painei <i>Delphi</i> .....	35
Tabela n.º 3 – Ordenação das dimensões na segunda volta – Painei <i>Delphi</i> .....	36
Tabela n.º 4 – Ordenação das áreas na segunda volta – Painei <i>Delphi</i> .....	37
Tabela n.º 5 – Ordenação das dimensões por grupo .....	42
Tabela n.º 6 – Evolução da concordância da ordenação final entre grupos e total .....	44
Tabela n.º 7 – <i>w</i> de <i>kendall</i> da segunda volta, por grupo de dimensões .....	45
Tabela n.º 8 – Ordenação e distribuição da classificação das dimensões – Painei <i>Delphi</i> ..	46
Tabela n.º 9 – O papel do gestor segundo o Modelo de Mintzberg.....	A-7



### Resumo

O atual ambiente estratégico das Forças Armadas caracteriza-se por uma mutação acelerada e permanente que provoca um elevado grau de incerteza e de imprevisibilidade, a que acresce uma conjuntura de grave crise financeira e económica. Este ambiente apela à necessidade de se efetuarem intensas e rápidas transformações, que se têm vindo a refletir na reforma do Sistema de Saúde Militar, com particular impacto na componente hospitalar.

O Hospital das Forças Armadas pela sua natureza assistencial está exposto a um ambiente marcadamente competitivo, próprio das organizações prestadoras de cuidados de saúde, ficando a sua viabilidade a longo prazo dependente da capacidade de criação de valor para os utentes, de adaptação às mudanças que ocorrem do lado da oferta, da procura, das parcerias com outras instituições e às mudanças políticas e sociais.

A investigação pretendeu identificar o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas que melhor contribuirá para o conduzir futuramente a níveis superiores de competitividade e de racionalização.

A metodologia utilizada foi a hipotético-dedutiva, tendo a recolha da informação recorrido à técnica de *Delphi*, com a aplicação dum questionário, em que se pretendia a ordenação pela importância relativa das dimensões do papel do gestor/diretor segundo o modelo de Mintzberg.

Da investigação realizada conclui-se que o papel do diretor que melhor contribuirá para conduzir futuramente o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização é aquele que integrar por ordem decrescente de importância as dimensões da área *interpessoal*, da *decisão* e da *informação*. O painel foi concordante na ordenação das três dimensões mais importantes (*líder*, *agente de mudança organizacional* e *primeira figura*) mas não o foi nas três últimas (*monitor*, *disseminador* e *porta-voz*, todas da área *informação*).

Também se concluiu que o diretor para exercer o seu papel de gestor estratégico do Hospital das Forças Armadas necessita de ter uma perceção abrangente, constante e atualizada que integre o ambiente externo e o interno, devendo o seu papel ser complementado com os princípios da *competitive intelligence*.



## **Abstract**

The actual Armed Forces strategic environment is characterized by a rapid and permanent mutation that causes a high degree of uncertainty and unpredictability, which it is even more due to the severe financial and economic crisis. These aspects point out to the necessity to introduce intense and quick transformations, with the natural consequences in the Military Health System reform, and with particular relevance on hospital sector.

The Armed Forces Hospital should pay attention to the competitive market forces, related with the health care organizations, and thereby its long term feasibility it will depend on the capacity of creating value for users, on the level of adaptation to the changes of the providers, on the patient expectations and behavior, on the partnerships with other institutions and on the political and social changes.

The research identifies the role of the Director of the Armed Forces Hospital, in order to improve its competitiveness and rationalization.

The methodology used was the hypothetical-deductive and the collection of information resorted to the Delphi method, by applying a questionnaire to identify the relevance of each dimension of the manager/director's role, using the Mintzberg's management roles.

The research point out that the most important dimensions for improve its competitiveness and efficiency are leader, entrepreneur and figure head. In the opposite site, the less relevant dimensions are monitor, disseminator and spokesman.

It was also concluded that in order to exercise his role as a strategic manager of the Armed Forces Hospital, the director needs to have a comprehensive, constant and updated perception, which integrates the internal and external environment and his role should be complemented with competitive intelligence.





## **Palavras-Chave**

Gestão, tomada de decisão, papel do gestor hospitalar, gestão da mudança em saúde, gestão do conhecimento, *competitive intelligence*, *intelligence*, Hospital das Forças Armadas.



## Lista de abreviaturas

<b>CEMC</b>	Curso de Estado-Maior Conjunto
<b>CEMGFA</b>	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas
<b>CI</b>	<i>Competitive Intelligence</i>
<b>CPOG</b>	Curso de Promoção a Oficial General
<b>FFAA</b>	Forças Armadas
<b>GC</b>	Gestão do conhecimento
<b>HFAR</b>	Hospital das Forças Armadas
<b>HFAR/PL</b>	Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas
<b>HFAR/PP</b>	Polo do Porto do Hospital das Forças Armadas
<b>IESM</b>	Instituto de Estudos Superiores Militares
<b>LOBOFA</b>	Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas
<b>LOEMGFA</b>	Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas
<b>PD</b>	Pergunta derivada
<b>PP</b>	Pergunta de partida
<b>SSM</b>	Sistema de Saúde Militar
<b>SWOT</b>	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>



*“Would you tell me, please, which way I ought to go from here?”*

*“That depends a good deal on where you want to get to.”*

*“I don't much care where –”*

*“Then it doesn't matter which way you go.”*

(Carroll, s.d., p. 32)



### Introdução

O advento do mundo global trouxe às organizações um ambiente cada vez mais dinâmico, complexo, incerto e competitivo apelando à necessidade de efetuarem intensas e rápidas transformações, adotando novos paradigmas de gestão, para alcançarem os seus objetivos com maior eficiência, eficácia e aumento de competitividade (Chiavenato, 2004, p. 10).

Também o atual ambiente estratégico que envolve as Forças Armadas (FFAA) se caracteriza, segundo o Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA), S. Ex.<sup>a</sup> o General Pina Monteiro, por uma “...*mutação acelerada e permanente... e que nos tem colocado perante um elevado grau de incerteza e consequente imprevisibilidade, associado a uma conjuntura de grave crise financeira e económica.*” Refere, também, que no curto prazo, com a atual contenção orçamental, é prioritário preservar e desenvolver “...*o conhecimento como ativo estratégico essencial*” (Monteiro, 2014, pp. 2-3).

A evolução recente do ambiente estratégico, nacional e internacional, tem motivado uma reorganização estrutural das FFAA, cujas linhas gerais foram consubstanciadas nas Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro. Nesta senda, mais recentemente, foi aprovada a reforma “Defesa 2020”, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 26/2013, de 19 de abril, que inclui a definição das orientações para a reorganização da macroestrutura da Defesa Nacional e das FFAA. Um dos vetores comum a ambos os diplomas legais é a necessidade de prosseguir com medidas que visem a obtenção de ganhos de eficiência e eficácia, assegurando a racionalização das estruturas, da gestão do pessoal e de recursos, de forma a evitar redundâncias e disfunções.

Em qualquer tipo de organização o sucesso depende de gestores competentes, responsáveis pelo contínuo e proativo ajustamento a ambientes imprevisíveis, em que gerir vai muito mais além da mera função de supervisão de pessoas, recursos e atividades (Chiavenato, 2004, pp. 8, 10, 570).

Neste sentido, a adoção de novos modelos de gestão indutores de melhor desempenho e com criação de valor é um fator de diferenciação crítico para o sucesso de todos os tipos de organizações, sejam privadas, públicas, com ou sem fins lucrativos. A este fim são igualmente chamadas as FFAA, a quem é requerido, com intensidade crescente, o cumprimento da sua missão com uma gestão eficiente e eficaz dos recursos atribuídos, aspetos que poderão ser atingidos proporcionando aos comandantes militares as estratégias e os modelos de gestão adequados que orientem a sua ação.



Mas as rápidas alterações no ambiente das organizações criam dificuldades aos gestores que dificilmente se conseguem manter atualizados e conhecer o potencial de oportunidades e ameaças, de forma efetiva e precisa. É neste cenário que a gestão do conhecimento (GC) e, em particular, a *competitive intelligence* (CI) podem atuar, para manter o gestor informado sobre os aspetos críticos do meio ambiente, numa base contínua e sistemática, minimizando a margem de erro inerente à tomada de decisão (Taborda, et al, 2002, pp. 32-33).

Assim, aumenta a importância do estudo da gestão e do papel do gestor nos diversos tipos de organizações, em que nas FFAA, com a reorganização atual do Sistema de Saúde Militar (SSM), assume particular relevância o seu Hospital. Neste há uma exigência acrescida para níveis mais elevados de competitividade; para uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis; um aumento da qualidade dos serviços prestados e que se “...garanta que este será, de facto, um Hospital de referência” (Aguar-Branco, 2012; MDN, 2014a, p. 5387).

O Hospital das Forças Armadas (HFAR), pela sua natureza assistencial, integra particularidades que o expõe a um “mercado” próprio das organizações prestadoras de cuidados de saúde, razão pela qual, além da necessidade da racionalização e eficiência na utilização dos recursos, exige-se que este seja competitivo e que tenha um desempenho de excelência e de referência, com criação de valor para os utentes.

A importância do estudo completa-se pela sua atualidade e coincidência com o processo de fusão, instalação e consolidação do HFAR que, segundo S. Ex.<sup>a</sup> o General Pina Monteiro, assim como S. Ex.<sup>a</sup> o Presidente da República Aníbal Cavaco Silva, deverá ser um esforço prioritário a concluir com sucesso, legitimando as expectativas dos militares relativamente a este processo (Silva, 2014a; Silva, 2014b; Monteiro, 2014)

Na reorganização do SSM em curso, bem como no futuro, é inequívoco reconhecer que o exercício do cargo de diretor do HFAR, pela importância que reveste a todos os níveis, assume uma condição essencial para o sucesso. Assim, é natural que o presente trabalho, pela temática intrínseca, se polarize no diretor e no papel que desempenha.

Do conjunto de competências do diretor do HFAR<sup>1</sup>, pode-se inferir duma forma generalizada que é o responsável máximo pela gestão estratégica do hospital, sendo possível encontrar descrições com qualidade e rigor metodológico sobre o seu papel, pelo

---

<sup>1</sup> Até à conclusão do trabalho, não foi publicado o Decreto Regulamentar do HFAR que definirá as competências dos elementos da direção. Contudo, presume-se que serão semelhantes às que estão ainda em vigor, para o diretor do Polo de Lisboa do HFAR (HFAR/PL), enumeradas no anexo A.



que se pretenderá estudar não o que está relacionado com o conhecimento das suas competências, definidas no plano normativo, mas mormente com os seus comportamentos, aquilo que efetivamente faz, nas várias dimensões gerais do papel do gestor.

Um dos estudos sobre a natureza do trabalho do gestor com resultados consistentes e extremamente utilizáveis foi realizado por Mintzberg (1973). Concluiu que os gestores desempenham um papel que se pode dividir em dez dimensões diferentes, mas profundamente inter-relacionadas, agrupadas em três áreas, da seguinte forma:

- **Interpessoal** (Primeira figura, Líder, Ligação);
- **Informação** (Monitor, Disseminador, Porta Voz);
- **Decisão** (Agente de mudança organizacional, Regulador de conflitos, Distribuidor de recursos, Negociador) (Mintzberg, 1973, p. 59).

Deste modo, o âmbito desta investigação incide no papel do diretor do HFAR, ou dos membros da direção em quem ele delegar, com a respetiva delimitação de aplicação ao hospital e à sua população-alvo, tendo em atenção os objetivos central e específicos do estudo.

O **objetivo central** da investigação consiste na definição de um modelo de gestão e de comunicação que proporcione um melhor desempenho do HFAR e o conduza no futuro a níveis superiores de competitividade e de racionalização.

Os **objetivos específicos** do trabalho centrar-se-ão na caracterização do ambiente das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde, por inerência da sua missão, se enquadra o HFAR; caracterização do papel do diretor do HFAR, ou dos membros da direção em quem ele delegar, que melhor conduza no futuro o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização e, por fim, caracterizar e analisar a eventual existência de complementaridade entre as dimensões do papel do diretor do HFAR e a *competitive intelligence*.

O trabalho de investigação foi desenvolvido e estruturado segundo a metodologia hipotético-dedutiva proposta por Quivy e Campenhoudt (2008) que assenta em três fases: rutura, construção e verificação.

Na primeira fase, fruto da pesquisa bibliográfica e das entrevistas exploratórias realizadas, foi elaborada a seguinte pergunta de partida (PP):

**PP: Qual o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas, que melhor contribuirá para o conduzir futuramente a níveis superiores de competitividade e de racionalização?**



Desta pergunta, referência para toda a investigação, resultaram as seguintes perguntas derivadas (PD):

**PD1:** Quais as dimensões desse papel mais valorizadas pelos profissionais que desempenham funções na área da saúde militar?

**PD2:** Quais as dimensões desse papel mais valorizadas pelos profissionais que não desempenham funções na área da saúde militar?

**PD3:** Existirá concordância entre estes dois grupos de profissionais, relativamente ao papel a desempenhar no futuro pelo diretor do Hospital das Forças Armadas?

**PD4:** Existirá alinhamento entre a *competitive intelligence* e o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas?

Na fase de construção foi definida a problemática através da formulação dos principais pontos de referência teóricos do trabalho de investigação, definido o corpo de conceitos, que consta do anexo B, e formuladas as seguintes hipóteses, cujo processo de validação permitirá responder à pergunta de partida:

**H1** - Os profissionais que desempenham funções na área da saúde militar são concordantes na ordenação das dimensões do papel do diretor do Hospital das Forças Armadas.

**H2** - Os profissionais que não desempenham funções na área da saúde militar são concordantes na ordenação das dimensões do papel do diretor do Hospital das Forças Armadas.

**H3** – Os dois grupos de profissionais têm o mesmo alinhamento quanto ao grau de importância das diversas dimensões do papel do diretor do Hospital das Forças Armadas.

**H4** – A *competitive intelligence* complementa o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas proposto pelos dois grupos de profissionais.

A fase de verificação foi constituída por três etapas: observação, análise das informações e as conclusões.

Para a observação recorreu-se a um painel *Delphi*, constituído por peritos militares e civis com desempenho de funções nas FFAA, mas distribuídos por dois grupos, um conhecedor das particularidades da organização hospitalar e o outro com uma visão externa ao Hospital. A técnica *Delphi* permite obter a mais fiável opinião consensual dum grupo de peritos, submetendo-os a uma série de questionários em profundidade, intercalados com o retorno controlado das opiniões do grupo (Dalkey, et al., 1962, p. 1).



O trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, seguidos das conclusões, encontrando-se ordenados da seguinte forma:

No primeiro é descrita a relevância do meio ambiente para as organizações, fazendo-se uma breve referência às particularidades das organizações de saúde e ao processo e ambiente da tomada de decisão.

O segundo capítulo aborda o papel do gestor, apresentando com maior profundidade o modelo proposto por Mintzberg.

No terceiro é relevada a importância do conhecimento, individual e organizacional, e a necessidade de o gerir para melhorar o desempenho das organizações. Por fim, é apresentada a CI, a sua importância para as organizações, o ciclo da *intelligence* e a sua articulação e complementaridade com a GC.

No quarto é aprofundada a metodologia da investigação, dando destaque à técnica *Delphi* e ao modo como foi aplicada.

No último capítulo são apresentados os principais resultados obtidos e realizada a sua discussão.

Por fim, o trabalho termina com a apresentação das conclusões gerais da investigação, das grandes linhas do procedimento metodológico, os contributos para o conhecimento e as recomendações julgadas pertinentes.





## 1. As organizações e o seu ambiente

A colocação da centralidade do trabalho no papel do diretor do HFAR, ou dos elementos da direção em quem ele delegar, traduz-se na necessidade de posicionar a gestão no nível estratégico, que corresponde ao conjunto de decisões e ações de gestão que determinam o desempenho da organização a longo prazo (Wheelen, et al., 2012, p. 53). A sua característica principal é a procura da compatibilização dos meios e das competências internas com o ambiente externo, “*de forma a garantir a sustentabilidade futura da organização*” (Bentes, 2007, p. 22).

Na saúde, assim como na generalidade das organizações, essa sustentabilidade a longo prazo tem de ser alcançada com um desempenho acima da média, cuja base é a vantagem competitiva sustentável, que poderá ser alcançada segundo duas estratégias, de liderança dos custos ou liderança da diferenciação, alcançada por proporcionar um valor superior e único para o consumidor (Porter, 1989, pp. 3-23; Porter, et al., 2006, pp. 4-5).

Os princípios orientadores da investigação estão associados a estas estratégias, por um lado, a racionalização e a eficiência na utilização dos recursos, por outro, a capacidade do HFAR maximizar a criação de valor para a sua população-alvo, posicionando-se num nível elevado de competitividade, de excelência e de referência para todos os seus *stakeholders*.

Para atingir estes objetivos a gestão estratégica inclui a análise do ambiente (externo e interno), a formulação da estratégia (planeamento a longo prazo), a implementação da estratégia e a avaliação e controlo (Wheelen, et al., 2012, p. 53).

Deste modo, a definição da estratégia adequada a uma organização deverá começar pela avaliação do seu ambiente externo e interno, para identificar sinais que influenciem os planos presentes e futuros. As mudanças no ambiente necessitam de ser monitorizadas continuamente para que a organização não seja surpreendida e a sua atividade não se torne inapropriada ou mesmo obsoleta (Andrews, 1971, pp. 59-60; Wheelen, et al., 2012, p. 146).

Assim, o sucesso das organizações está dependente da capacidade dos gestores estarem bem informados, sobre aspetos críticos do ambiente, numa base contínua e sistemática, para que atuem atempadamente evitando as surpresas (Taborda, et al., 2002, pp. 32-33).

De seguida apresenta-se uma breve referência à possível sistematização das forças do ambiente, ao nível externo e interno, cuja perceção condiciona a tomada de decisão e a

atuação da organização e, por fim, a contextualização do ambiente das organizações de saúde.

#### a. Ambiente externo

O ambiente externo corresponde à soma de todos os fatores que afetam, positiva ou negativamente, uma organização com origem no exterior. Os fatores externos podem dividir-se, consoante a forma ou a intensidade da sua influência na organização, em dois grandes grupos: o ambiente geral, ou macro ambiente, e o ambiente competitivo, ou micro ambiente (Figura n.º 1) (Teixeira, 2011, pp. 55-56).



Figura n.º 1 – Ambiente externo das organizações  
Fonte: Adaptado de Teixeira (2011, p. 56)

O ambiente geral é constituído pelas variáveis que influenciam a estratégia de todas as organizações de uma forma difusa, sem que estas tenham, por regra, capacidade de as controlar ou influenciar. Uma das formas mais conhecidas para agrupar essas variáveis é designada por PEST, o que se traduz na seguinte arrumação: variáveis político-legais (P), económicas, (E), socioculturais (S) e tecnológicas (T) (Andrews, 1971, pp. 63-64; Teixeira, 2011, pp. 57-59)

Por outro lado, o ambiente competitivo sendo o mais próximo da organização, abrange as variáveis que afetam, de uma forma mais intensa e específica, uma organização em particular, podendo esta também ter a capacidade de exercer alguma influência sobre a evolução dessas forças. Uma das ferramentas mais conhecidas para realizar a análise do ambiente a este nível é o *modelo das cinco forças de Porter*. Segundo este modelo a variável central é a rivalidade no grupo de organizações que produzem produtos ou

serviços que satisfazem as necessidades dos mesmos clientes, que é influenciada pelo comportamento de outras quatro, a saber: a ameaça de novos concorrentes (barreiras à entrada), o poder negocial dos clientes, o poder negocial dos fornecedores, e a ameaça de produtos substitutos (Porter, 1989, pp. 3-8).

### **b. Ambiente interno**

Na análise do ambiente interno pretende-se identificar as capacidades que existem no interior da organização e que se traduzem nos pontos fortes e nos pontos fracos, para se retirar o melhor proveito dos primeiros e evitar ou minimizar os prejuízos dos segundos (Teixeira, 2011, p. 83). Essas capacidades formam o contexto no qual o trabalho é realizado e podem-se dividir em estrutura, processos, cultura e recursos da organização (Wheelen, et al., 2012, p. 64). Apesar de ser uma análise dos ativos internos, tangíveis ou intangíveis, é efetuada tendo por referência os concorrentes (Amaral, 2008, p. 218).

Embora a organização tenha inúmeros pontos fortes e pontos fracos, comparativamente à concorrência, pode conquistar vantagem competitiva sustentável a partir de duas estratégias gerais<sup>2</sup>: de liderança nos custos, através dum processo produtivo mais racional e eficiente comparativamente aos seus competidores, ou liderança na diferenciação, conseguida por proporcionar um valor superior e único para o consumidor (Porter, 1989, pp. 3-23),

Para diagnosticar a vantagem competitiva, é necessário perceber como se gera valor na organização ao longo do processo de fabrico ou de desenvolvimento (Figura n.º 2) (Teixeira, 2011, pp. 87-88).



Figura n.º 2 – Processo de criação de valor  
Fonte: Adaptado de Teixeira (2011, p. 88)

A organização não pode ser vista como um todo. Importa ter presente a sua desagregação, refletida na cadeia de valor, em que cada atividade distinta que executa

<sup>2</sup> Gerais porque podem ser atingidas por uma organização de qualquer tipo ou tamanho.

contribui para a posição dos custos, para além de criar uma base para a diferenciação. Com esta análise pretende-se criar valor para o consumidor que exceda o custo suportado para o fazer. A diferença entre o valor atribuído pelo consumidor e o custo coletivo das atividades, primárias e de apoio, designa-se por margem (Figura n.º 3) (Porter, 1989, pp. 31-36).

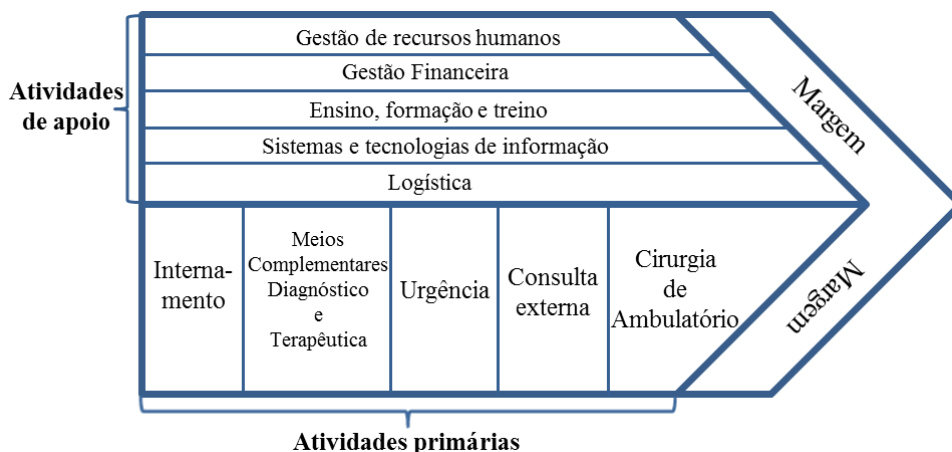


Figura n.º 3 – Cadeia de valor de Porter para um hospital  
Fonte: Adaptado de Porter (1989, p. 35)

A exploração do ambiente interno (pontos fortes e fracos) e externo (ameaças e oportunidades) pretende identificar e monitorizar os fatores estratégicos que determinarão o futuro da organização, sendo o modo mais simples de apresentar a sua análise sistematizada e relacionada através duma matriz SWOT<sup>3</sup> (Figura n.º 4) (Teixeira, 2011, p. 83; Wheelen, et al., 2012, p. 64).

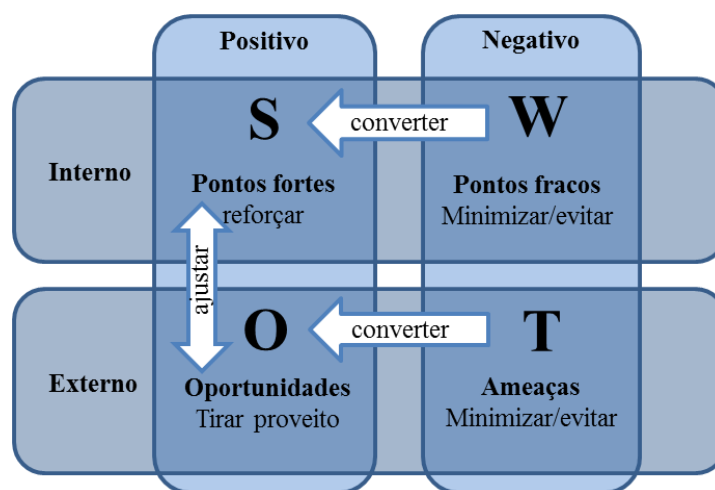


Figura n.º 4 – Análise SWOT  
Fonte: Adaptado de Teixeira (2011, p. 84)

<sup>3</sup> Acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*.



Em suma, a informação fornecida a partir da análise do ambiente externo juntamente com uma compreensão dos fatores de ordem interna constitui um aspeto crítico para o desenvolvimento das organizações, sendo uma das principais plataformas para o gestor desenvolver a sua ação de condução da organização, manifestada através das suas decisões.

### **c. A tomada de decisão**

Adam Smith teorizou sobre o conceito de mercado, em 1776, ao afirmar que se todos os compradores e vendedores tivessem informação completa uns dos outros, então, todos os intervenientes poderiam tomar decisões bem fundamentadas e, assim, os recursos das sociedades poderiam ser distribuídos de forma eficaz. Mais recentemente, Paul Samuelson, relevou o papel da informação no processo de tomada de decisão, mas afirmou que raramente esse ideal de Smith poderia ser concretizado. Contudo, é consensual afirmar que “*decidir significa atuar sobre informação*”, independentemente da forma, em que momento e por quem é obtida (Zorrinho, et al., 2003, pp. 28-30).

As decisões não são o simples resultado de uma atividade isolada, elas emergem de uma ecologia de processos de informação, o que levou Choo (2003, p. 29) a referir que “*as organizações são sociedades de mentes*” e não há dúvida de que a tomada de decisão é a atividade mais significativa dos gestores, a qualquer nível e em todos os tipos de organização (Harrison, 1995, p. 6).

Herbert Simon, fundador da teoria comportamental da administração, foi o primeiro autor que iniciou o estudo do processo de tomada de decisão para explicar o comportamento humano nas organizações. Para este autor a organização era vista como um complexo sistema de decisões, onde cada indivíduo, em todas as áreas de atividade e todos os níveis hierárquicos, participa racional e conscientemente, na escolha e tomada de decisões individuais sobre alternativas de comportamento e como solucionadores de problemas (Chiavenato, 2004, pp. 328-348).

O estudo de identificação e escolha das alternativas, com base nos valores e preferências do decisor é designado por tomada de decisão. Poder-se-á referir que a decisão é “*um momento, num processo continuado de avaliação de alternativas para atingir um objetivo, em que as expectativas sobre um particular rumo de ação impelem o decisor para a escolha do rumo de ação que melhor permitirá atingir o objetivo*” (Harrison, 1995, p. 4).



Fica claro que a decisão constitui uma ação momentânea de escolha da melhor alternativa para atingir um determinado objetivo.

As duas ideias importantes a reter são: (1) existência de alternativas genuínas para se escolher e (2) qualquer decisão deve ser feita à luz de um padrão de julgamento. Esse padrão geralmente é expresso sob a forma de critérios, que refletem os valores e preferências do decisor, que por sua vez são influenciados pelas regras corporativas, pela cultura da organização, pela legislação, pelas melhores práticas, entre outros fatores (Harris, 1998a).

### **(1) Ambiente da tomada de decisão**

A decisão é tomada num determinado ambiente e num momento, que é definido por um conjunto de informações, alternativas, valores e preferências. O ambiente ideal para a decisão seria a existência de informação completa, o que constitui uma utopia, em função das limitações nas alternativas disponíveis e do tempo e esforço para as obter. Assim, o grande desafio do processo de tomada de decisão é a redução da incerteza, não havendo todo o conhecimento sobre os assuntos a decidir, a maioria das decisões envolve um inegável grau de risco (Harris, 1998a).

Sob condições de certeza todas as variáveis da decisão e os resultados de cada modalidade de ação são conhecidos antecipadamente. Um gestor pode estar mais seguro de que a tomada de decisão não irá ter resultados imprevistos. Neste sentido, as decisões tomadas sob condições de certeza estão associadas a decisões programadas. (Montana, et al., 2008, pp. 98-101; Daft, et al., 2010, pp. 315-316).

As decisões tomadas sob condições de risco ocorrem quando os resultados ou as modalidades de ação não são totalmente conhecidos, mas está identificada a probabilidade de cair dentro de um intervalo. Em linguagem estatística poder-se-á afirmar que a probabilidade de um determinado resultado é uma fração compreendida entre dois extremos, zero (totalmente desconhecido) e um (totalmente conhecido).

Está-se sob uma condição de incerteza quando não é possível prever o resultado de uma decisão, ou se o resultado puder ser previsto, mas no presente momento essa probabilidade não puder ser calculada. A incapacidade para prever o resultado ou atribuir uma probabilidade pode dever-se aos seguintes fatores: situação com demasiadas variáveis; situação com poucas variáveis, mas sem o suficiente conhecimento dessas variáveis; ou muitas variáveis e pouco conhecimento sobre elas.



No limite, pode-se acrescentar a tomada de decisão sob condições de ambiguidade, o que significa que os objetivos a alcançar ou os problemas a resolver não são claros, as alternativas são de difícil definição e a informação sobre os resultados ou consequências não estão disponíveis (Daft, et al., 2010, p. 316).

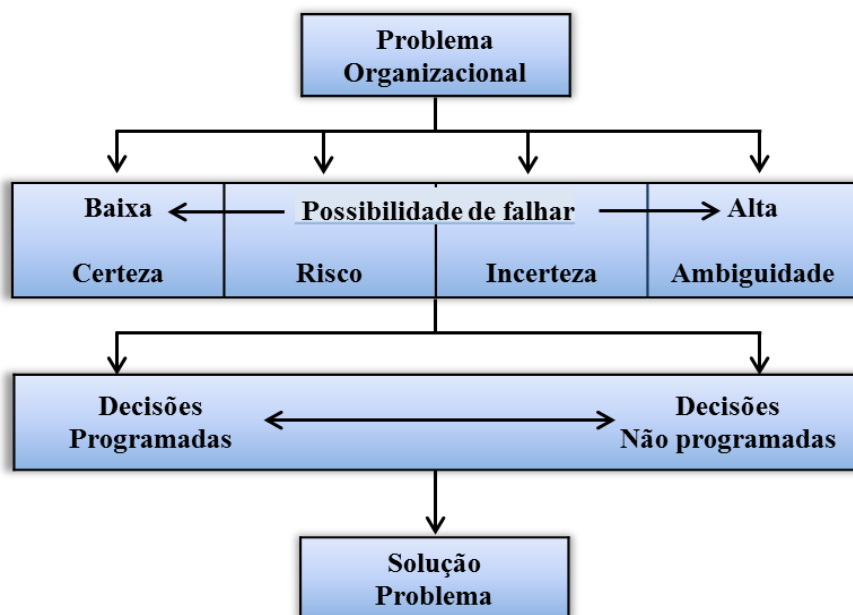


Figura n.º 5 – Condições que afetam a possibilidade da decisão falhar  
Fonte: Adaptado de Daft, et al. (2010, p. 315)

É de salientar que as decisões estratégicas envolvem frequentemente a incerteza, pois os gestores raramente conseguem enumerar todas as ações possíveis a tomar perante um determinado problema, bem como, não é possível enumerar todos os resultados possíveis ou avaliar a sua probabilidade de forma séria (Bromiley, et al., 2010, p. 308).

#### **d. O ambiente das organizações prestadoras de cuidados de saúde**

As organizações prestadoras de cuidados de saúde são frequentemente consideradas como únicas ou pelo menos muito diferentes dos outros tipos de organizações, o que determina a caracterização das suas especificidades. Elas não se eximem à influência dos fatores de contingência que afetam a generalidade das organizações, mas podem-se encontrar amplas diferenças no que concerne: ao seu sistema de valores; aos aspetos muito singulares do mercado onde se movem; ao tipo de recursos que utilizam; à sua estrutura, processo produtivo e produção (Reis, 2007, pp. 59-63).

As organizações de saúde têm de ser consideradas no seu próprio ambiente, que *per si* é um importante foco de estudo. O modo como respondem às políticas e incentivos depende do seu papel e função, bem como das opiniões e experiências de todos aqueles



que interagem com elas. Estas organizações atuam continuamente sob muitas influências do ambiente externo e estão sujeitas a uma série de pressões para a mudança (McKee, et al., 2002a, p.10).

A saúde das populações, a evolução das suas expectativas e dos padrões de doença, os profissionais de saúde que adquirem novo conhecimento e se tornam cada vez mais especializados, a tecnologia atual com capacidades que não se sonhava há uma década atrás, são alguns dos exemplos que revelam a importância que deve revestir a análise do meio ambiente, para a definição da estratégia e na gestão das organizações de saúde.

Os fatores externos de pressão que afetam o futuro das organizações de saúde e que carecem de análise sistemática para prever as suas implicações na gestão, poderão ser divididos em três grandes áreas: oferta, procura e mudanças políticas e sociais (Pew Health Professions Commission, 1998, pp. 11-24; McKee, et al., 2002b, pp. 36-54).

Do lado da oferta identificam-se a crescente importância das tecnologias de informação que tem mitigado a assimetria de informação que era tradicional entre os profissionais e os utentes; a continuação da evolução tecnológica e do conhecimento clínico (novos produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, novos equipamentos e técnicas, a investigação na área da genética, etc.); o reforço das preocupações e esforços com a melhoria da qualidade (redução de erros e de cuidados inapropriados ou desnecessários); o mercado de trabalho que afeta a disponibilidade de especialistas em determinadas áreas mais carenciadas; as disparidades no acesso às prestações onde a oferta pode não ser equitativa para toda a população-alvo da organização e, por fim, o alargamento do conceito de saúde, através duma maior promoção e valorização de estilos de vida saudáveis, em contraponto com a dimensão curativa do sistema.

O lado da procura pode-se subdividir na análise da demografia; da fertilidade (planeamento de serviços de obstetrícia e pediatria); do envelhecimento da população (implica um aumento dos custos e certo tipo de cuidados de saúde associados à geriatria); das migrações; das alterações nos padrões de doença; das alterações dos fatores de risco (consumo de álcool ou de tabaco aos quais estão associadas probabilidades de contrair determinadas doenças); das expectativas da população-alvo, entre outros fatores.

Nas mudanças políticas e sociais pode-se apontar a pressão financeira com a inerente tensão contínua sobre os custos, exercida sobre as organizações de saúde, em especial os hospitais devido ao elevado peso que têm nos orçamentos globais do Estado. Outros fatores são a crescente internacionalização do sistema de saúde, pela mobilidade



dos doentes e dos prestadores; as alterações globais na investigação e desenvolvimento médico e a minimização da incerteza sobre as reais necessidades da população-alvo, para que os cuidados de saúde oferecidos sejam os mais adequados às reais necessidades.

A estes três focos de pressão a que o HFAR também está sujeito na generalidade, há a acrescentar as complementaridades e sinergias que pode criar com os ramos das FFAA, outros órgãos das FFAA relacionados com a saúde, com o Instituto de Ação Social das Forças Armadas, os protocolos e acordos com outras instituições públicas (e.g. Serviço Nacional de Saúde) ou privadas (e.g. hospitais e clínicas) (MDN, 2014b, p. 2961).

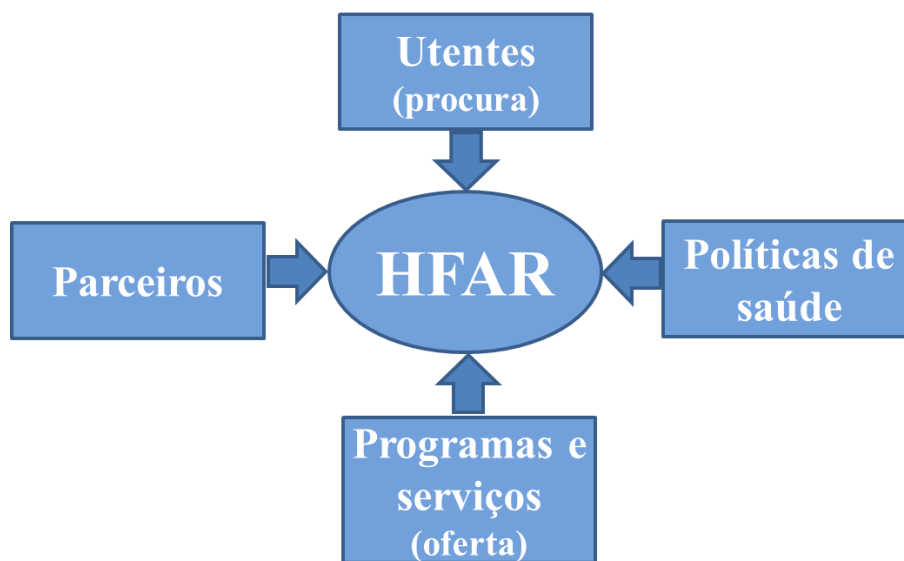


Figura n.º 6 – Ambiente competitivo do HFAR  
Fonte: Elaboração própria

Todos aqueles fatores que condicionam a posição do HFAR no ambiente competitivo podem ser sistematizados conforme apresentado na figura n.º 6.



## 2. O papel do Gestor

A gestão é essencial para tornar as organizações capazes de gerar resultados e agregarem valor, no atual ambiente dinâmico, complexo, incerto e competitivo. O sucesso das organizações depende, assim, de gestores competentes, responsáveis pelo contínuo e proativo ajustamento das organizações àquele ambiente imprevisível, em que gerir vai muito mais além da mera função de supervisão de pessoas, recursos e de atividades. O gestor assume, assim, o papel de agente catalisador de resultados, de mudança, de ação e de inovação (Chiavenato, 2004, pp. 8, 570), o que aumenta a importância do estudo do papel do gestor, pois todo o tipo de organização, de qualquer dimensão, necessita de ser gerida para alcançar os seus objetivos com maior eficiência, eficácia e para aumentar o seu nível de competitividade (Chiavenato, 2004, p. 10).

Neste âmbito também as FFAA e, em particular, o SSM merecem uma especial atenção face à reestruturação em curso, onde possam vir a representar exemplos de racionalização dos recursos e de competitividade.

O âmbito da gestão em entidades legalmente enquadradas sejam organizações privadas com ou sem fins lucrativos, organizações públicas (e.g. hospitais, universidades, Forças Armadas, entre outros) está, em parte, sujeito aos condicionalismos legais, contribuindo para tal o facto do seu conceito tradicional estar suportado no comando e controlo, cuja autoridade e limites estão legalmente definidos. Contudo, a evolução da gestão exige que esteja suportada cada vez mais nos aspetos operacionais e não nos legais, ao longo de todo o processo da cadeia económica (Drucker, 2008, pp. 76-78).

Para caraterizar o papel do diretor do HFAR, sem ficar manietado pelas suas competências legalmente definidas, procurou-se identificar, nas diversas escolas da gestão, os estudos que permitissem definir o trabalho do gestor nas suas diversas dimensões, de forma a atingir o objetivo proposto para a investigação.

Foram percorridas as principais teorias<sup>4</sup> de gestão, desde o início do século XX, com o despontar da abordagem clássica, em que Henri Fayol sistematizou o trabalho do gestor em cinco funções básicas: planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar. Seguiram-se a visão estrutural da gestão; a humanista onde se destacou Elton Mayo, com os estudos realizados na fábrica de Hawthorne; várias teorias com diferentes abordagens à gestão até às mais recentes, da perspetiva contemporânea. Estas emergiram com a sociedade do conhecimento de Peter Drucker e de outros autores como Nonaka, o qual

---

<sup>4</sup>Também conhecidas por escolas, abordagens ou correntes.

refere que numa economia onde a única certeza é a incerteza, uma fonte segura para garantir vantagem competitiva sustentável é o conhecimento. Também nesta fase, Porter através da conhecida vantagem competitiva propôs uma abordagem contingencial à gestão, com o seu foco na análise das cinco forças do ambiente competitivo e na criação de valor para o cliente (Nonaka, 2007, pp. 162-163; Mintzberg, 1973, pp. 8-9; Chiavenato, 2004, pp. 546, 612-613).

Cada uma das teorias ao longo do tempo representa uma forma particular de definir as características e as tarefas do trabalho de gestão.

Robert Katz também veio demonstrar que os gestores para desempenharem bem o seu papel necessitam de três competências essenciais — técnicas, humanas e conceituais. As competências técnicas incluem o conhecimento ou a proficiência numa determinada área especializada pela qual é responsável; as competências humanas correspondem à capacidade de trabalhar bem com outras pessoas, individualmente e em grupo; e as competências conceituais incluem a capacidade de pensar e conceitualizar sobre situações abstratas e do âmbito de toda a organização. A importância relativa das três competências varia consoante o nível da responsabilidade do gestor. No topo necessitam de mais competências conceituais enquanto no nível inferior necessitam de mais competências técnicas. Por sua vez, as competências humanas são importantes em todos os níveis de gestão (Figura n.º 7) (Katz, 1955, pp. 34-42).

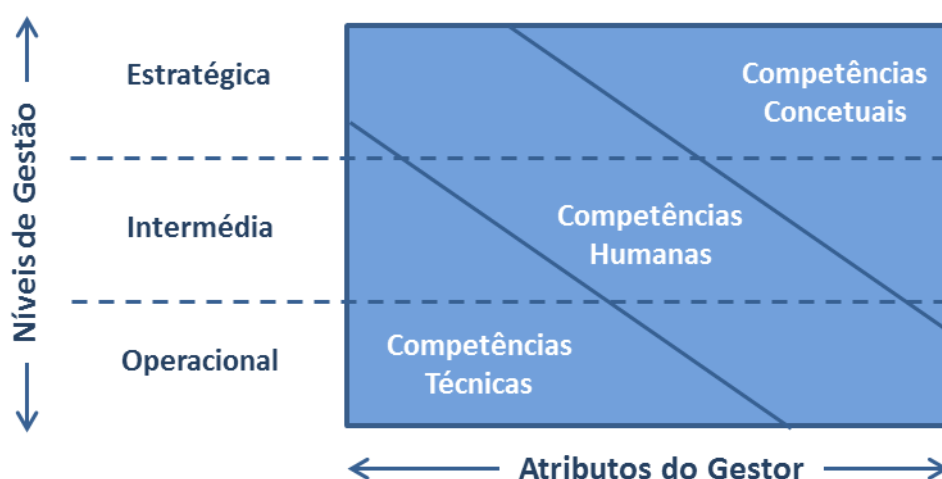


Figura n.º 7 – Combinação dos atributos do gestor

Fonte: Adaptado de Katz (1955, pp. 34-42) e Ministério da Defesa Nacional (2012b, p. 6930)

Muitos dos estudos recentes relacionados com a natureza da gestão basearam-se em trabalhos amplos de pesquisa e observação, concentrados na diversidade da gestão e nas diferenças no trabalho dos gestores. Não sendo exaustivo na enumeração dos estudos



empíricos sobre a natureza do trabalho dos gestores e como estes ocupam o seu tempo, destacam-se os de Henry Mintzberg, John Kotter, Fred Luthans ou de Rosemary Stewart (Mullins, 2010, p. 437).

Mas foi o modelo de Mintzberg, desenvolvido através da pesquisa efetuada no âmbito da sua tese de doutoramento, que chegou a resultados considerados consistentes e extremamente utilizáveis em estudos sobre o papel do gestor e, em particular, no âmbito deste trabalho, atenta a sua simplicidade esquemática e aplicação aos gestores de topo das organizações.

### **a. Modelo de Mintzberg**

Com base na técnica de observação estruturada, Mintzberg analisou o papel de cinco gestores, todos eles diretores executivos, em cinco organizações de média ou grande dimensão, bem-sucedidas e de setores diversificados. Todos estes gestores eram experientes, tendo progredido na sua organização antes de atingirem o cargo desempenhado (Mintzberg, 1973, p. 29).

Mintzberg acompanhou aqueles gestores durante meses seguidos, observando-os e procurando responder à pergunta: o que é que o gestor faz? Neste percurso, ele tenta desfazer a “visão tradicional” introduzida por Henri Fayol, de que o gestor planeia, organiza, coordena e controla (Mintzberg, 1973, p. 1).

Como resultado do estudo desenvolvido não encontrou diferenças significativas entre os diversos gestores, tendo verificado que estes em vez de ocuparem o seu tempo a pensar na organização a longo prazo, eram escravos do momento e da sua agenda, saltando de tarefa em tarefa, cada movimento perseguido por outra distração, outra chamada telefónica. Por exemplo, o tempo médio despendido em metade das tarefas executadas era de apenas nove minutos e apenas um décimo das tarefas ocupava mais de uma hora (Mintzberg, 1973, pp. 33-36).

Verificou que a forma como os gestores gerem o seu tempo, processam a informação e tomam as suas decisões, continua frequentemente associadas a palavras como julgamento e intuição. Mintzberg observou que apesar das necessidades de informação dos gestores de topo serem diferentes, eles procuram-na da mesma forma e têm os mesmos procedimentos de trabalho que há centenas de anos atrás, apesar do avanço tecnológico. Na verdade, o gestor é confrontado com uma pressão de trabalho cada vez mais intensa, que não delega facilmente, motivos que levam a que executem muitas das suas tarefas



superficialmente, com brevidade, fragmentadas e socorrendo-se de comunicação verbal. São estas características do trabalho dos gestores de topo que têm impedido as tentativas do esforço científico para melhorar (Mintzberg, 1990, pp. 7-8). Como resultado, os “cientistas da gestão” concentram o seu esforço em funções específicas da organização, onde é mais fácil analisar os procedimentos e quantificar a informação mais relevante (Grayson, 1973, cit. por Mintzberg, 1990, pp. 8).

Assim, Mintzberg (1973, pp. 51-53; 1990, pp. 4-8) identificou as seguintes características no trabalho do gestor:

- Executa uma grande quantidade de trabalho num ritmo inexorável;
- Compromete-se com atividades marcadas pela brevidade, variedade e fragmentação;
- Tem preferência por assuntos que são atuais, específicos e não-rotineiros, mas o seu trabalho é repetitivo e dele fazem parte cerimónias, negociações, processamento de informação não estruturada que liguem a organização ao ambiente externo, entre outros;
- Prefere o meio de comunicação verbal em detrimento do escrito, por exemplo reuniões e telefonemas;
- Atua dentro duma rede de contactos internos e externos;
- O modo como organiza o tempo, processa a informação, toma decisões, entre outros, está profundamente trancado no seu cérebro, sugerindo aos mais incautos que atuam por intuição ou julgamento;
- Está sujeito a fortes restrições mas pode exercer algum controlo sobre o trabalho.

A partir da observação realizada, Mintzberg (1973, p. 59) concluiu que os gestores desempenhavam um papel que se podia dividir em dez dimensões diferentes, mas profundamente inter-relacionadas, agrupadas em três áreas, da seguinte forma (Anexo C):

- **Interpessoal** (Primeira figura, Líder, Ligação);
- **Informação** (Monitor, Disseminador, Porta Voz);
- **Decisão** (Agente de mudança organizacional, Regulador de conflitos, Distribuidor de recursos, Negociador).

Para Mintzberg (1990, p. 8), os diretores executivos estão investidos numa autoridade formal sobre toda a organização que comandam, o que lhes proporciona um estatuto especial que lhes gera variadas relações interpessoais, destas advém o acesso à

informação, que por sua vez permite ao gestor tomar decisões e definir a estratégia para a sua organização (Figura n.º 8).

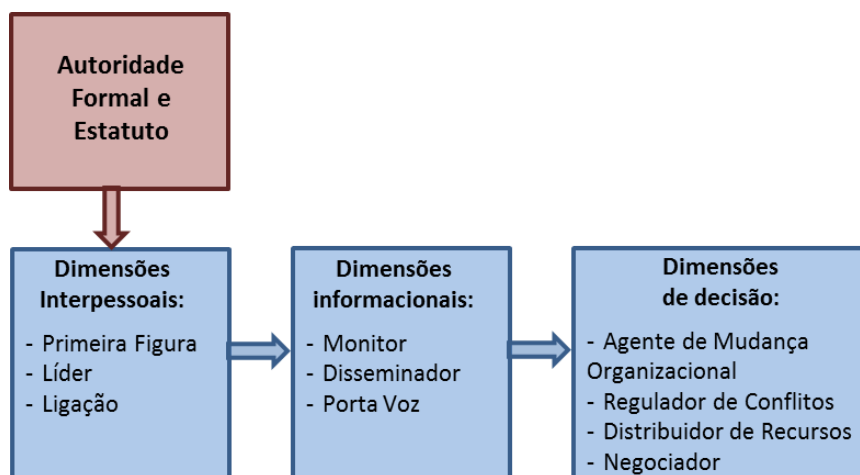


Figura n.º 8 – Dimensões do papel do gestor

Fonte: Adaptado de Mintzberg (1973, p. 59)

As dez dimensões não são facilmente separáveis, o gestor não consegue omitir uma delas sem afetar o seu trabalho. Por exemplo, omitindo a ligação a contactos perderá parte da informação externa e não conseguirá disseminar informação de que os empregados necessitem, nem tomar decisões; o gestor que só comunica ou apenas concebe nunca consegue alcançar resultados, enquanto o gestor que só “faz” acaba a fazê-lo sozinho (Mintzberg, 1990, pp. 9-13). Contudo, os gestores não dão igual atenção às dez dimensões, terão de as equilibrar da forma que considerem mais adequada para desempenhar o seu trabalho e contribuir para a organização aumentar a competitividade e atingir os seus objetivos.



### 3. Gestão do conhecimento e a *Competitive Intelligence*

“O conhecimento tem valor, a *intelligence*<sup>5</sup> tem poder”. Possuir conhecimento é importante mas para ser verdadeiramente proveitoso tem de ser utilizado. O conhecimento tem de se tornar *intelligence*, ou seja, o conhecimento em ação (Rothberg, et al., 2005, pp. 3-15).

#### a. Gestão do conhecimento

Numa economia onde a única certeza é a incerteza, uma fonte segura para garantir vantagem competitiva sustentável é o conhecimento. As organizações de sucesso são aquelas que consistentemente criam novo conhecimento, o disseminam amplamente por toda a organização e rapidamente o incorpora em novos produtos e tecnologias. Estas atividades definem as *organizações geradoras de conhecimento*, cuja atividade predominante é a evolução (Zorrinho, et al., 2003, p. 47; Nonaka, 2007, pp. 162-163; Prior, 2009).

O conhecimento é simultaneamente um recurso básico<sup>6</sup> e um recurso estratégico<sup>7</sup>, que tem de ser gerido adequadamente para a sua elevação contínua e, assim, potenciar novas possibilidades de atuação e competências distintivas, capazes de criar vantagens competitivas e sustentar a estratégia da organização (Nicolau, 2005, p. 28).

A GC está relacionada com a identificação e localização do conhecimento individual existente, a estimulação e a criação de condições para a sua partilha, de forma a elevar o nível de conhecimento coletivo, assim como, outras tarefas facilitadoras da transferência do conhecimento para o processo produtivo, como a gestão das infraestruturas tecnológicas necessárias à sua codificação, armazenagem e difusão (Nicolau, 2005, pp. 29-42).

Existem três estágios progressivos no processo de aprendizagem: os dados, a informação e o conhecimento (Rascão, 2008, p. 66). Ackoff (1989, pp. 3-9) já tinha ido mais longe ao contemplar na sua pirâmide cognitiva a sabedoria<sup>8</sup>, como sendo um estado

<sup>5</sup> Para não usar o termo “inteligência”, que em português não adquire o sentido pretendido, e evitar a mistura involuntária do conceito de informação por contextualizar com as informações enquanto produto, atividade e área, será utilizada a palavra *intelligence*.

<sup>6</sup> Todos os outros recursos dependem da aplicação do conhecimento para se tornarem úteis no processo produtivo.

<sup>7</sup> É um “*ingrediente essencial na criação de capacidades organizacionais dinâmicas que geram aptidão para competir e criar vantagens sobre a concorrência.*” (Nicolau, 2005, p. 28).

<sup>8</sup> A pirâmide do conhecimento original é construída por: *data, information, knowledge and wisdom*. Embora dificilmente atingível, a sabedoria corresponde à capacidade de satisfazer qualquer pretensão e de ver as

ideal, o pináculo do processo. A figura n.º 9 representa os três estágios e observa-se que a complexidade da gestão aumenta gradualmente à medida que se sobe do nível dos dados até ao conhecimento.

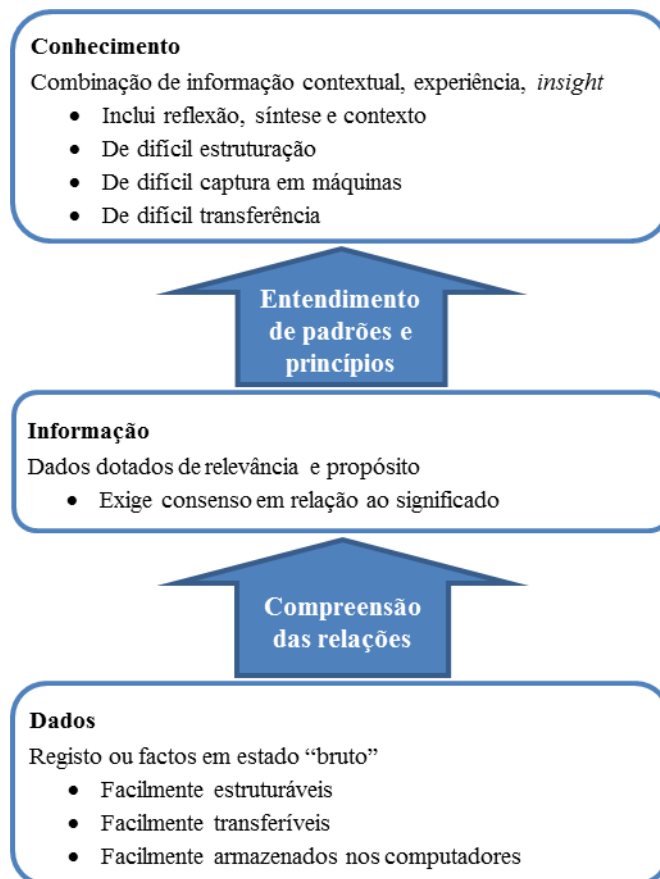


Figura n.º 9 – Os níveis hierárquicos da informação

Fonte: Adaptado de Beal (2004, cit. por Rascão, 2008, p.71)

Regressando às *organizações geradoras de conhecimento*, importa apresentar um dos modelos mais conhecidos para explicar a dinâmica da construção interna do conhecimento organizacional: a espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997, p. 79; Nonaka, 2007, pp. 162-171).



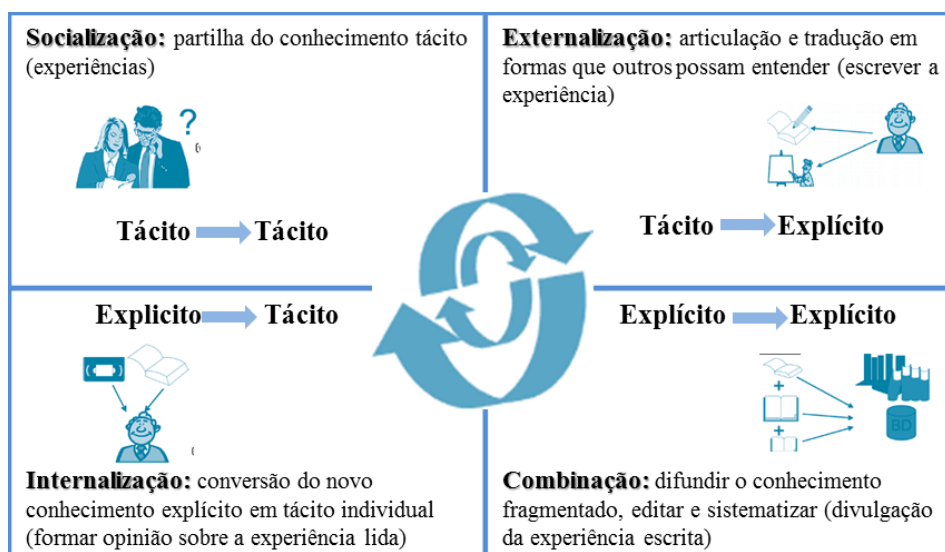


Figura n.º 10 – Espiral do conhecimento segundo Nonaka e Takeuchi

Fonte: Adaptado de Nonaka e Takeuchi (1997)

Neste modelo, apresentado na figura n.º 10, o processo decorre numa espiral evolutiva ou crescente, que começa na socialização, onde ocorre a partilha de conhecimento tácito<sup>9</sup>, no diálogo e reflexão entre as pessoas com diversas experiências, o que corresponde à primeira fase de acumulação de conhecimento.

A segunda fase, considerada um momento chave na criação do conhecimento, corresponde à externalização do conhecimento acumulado na primeira fase através da sua conversão em conhecimento explícito<sup>10</sup>, é normalmente gerado pelo diálogo e reflexão coletiva entre as pessoas e origina novos conceitos ou modelos.

A fase seguinte é a combinação dos conhecimentos explícitos, na qual o conhecimento deve ser tornado mais acessível através da sistematização e organização dos conhecimentos dispersos num sistema de conhecimento, por exemplo em documentos formais.

Por fim, a internalização do conhecimento ocorre quando as pessoas tendo acessível o conhecimento explícito já sistematizado e organizado na fase anterior, podem estudá-lo e experimentá-lo, acrescentando-o ao que já detinham, na sua atividade.

Após esta experiência será criado um novo conhecimento tácito, que será partilhado com outras pessoas, reiniciando, assim, um novo ciclo. A repetição sucessiva deste ciclo levará a uma elevação contínua do nível da discussão e da partilha, o que significa que ao longo do tempo cria-se um ciclo virtuoso de criação e acumulação do conhecimento. O

<sup>9</sup> Aquele que é extremamente pessoal, que está relacionado com a experiência das pessoas, difícil de formalizar e de comunicar aos outros.

<sup>10</sup> Aquele que está documentado e à disposição das pessoas em geral.



ideal é que este processo ocorra transversalmente a toda a organização e sem entraves para não se perder ou abrandar essa acumulação.

### **b. *Competitive Intelligence***

O processo de *CI* não está usualmente associado às organizações sem fins lucrativos, em geral, e aos serviços públicos e às FFAA<sup>11</sup>, em particular, o que implica enquadrar este conceito no respetivo contexto.

A atratividade pela *intelligence* num ambiente de competitividade detém um valor relevante para o processo estratégico. Cardoso (2004, pp. 16-144) refere que a importância da *intelligence* prende-se com a necessidade de prestar, ao decisor estratégico, um “*apoio isento e esclarecido... o mais completo possível e oportuno, das atividades hostis e das ameaças, por mais inocentes que pareçam, para orientar a preparação, o dispositivo e a prontidão dos meios de defesa...*”.

A partir da década de 1980, a atividade de *intelligence* tem vindo a assumir-se como uma parte integrante do processo de decisão, transversal a todos os tipos de organizações e em particular às envolvidas no mundo dos negócios. Sabendo disto, será necessário que tenham presente um plano para converter os dados em *intelligence* acionável que suporte às decisões, desde o nível tático ao estratégico. O uso desse conhecimento designa-se por *CI* e tem vindo a crescer como uma prática nuclear nas organizações (Hasanali, et al., 2004, pp. 8-12).

Classicamente, o objetivo da produção de *intelligence* é a diminuição dos erros e das incertezas, esclarecendo factos ou situações, residindo a sua excelência na capacidade de maior precisão prospetiva que conseguir atingir, contribuindo para a base de uma melhor tomada de decisão. A *CI* é uma ferramenta de apoio à estratégia, à GC, ao marketing, à gestão da informação ou até à gestão do risco (Taborda, et al., 2002, p. 13; Miller, 2001, p. 2).

Das inúmeras definições de *CI* destaca-se aquela que melhor se enquadrará no âmbito deste trabalho, como sendo: “*um processo de recolha, análise, tratamento e disseminação da informação e do conhecimento organizacional, respeitando o ambiente interno e externo da organização e dos próprios concorrentes, de forma a gerar vantagem competitiva... e competências que viabilizem o desenvolvimento da cognição e acção*”.

---

<sup>11</sup> Nas FFAA existem os Serviços de Informações que visam a produção de informações necessárias ao cumprimento das suas missões específicas e à garantia da segurança militar.



*organizacional, que sustenta a actuação dos decisores, num processo contínuo e cíclico de aprendizagem organizacional”* (Brody, 2008, cit. por Pereira, 2009, p. 44).

Quase todas as definições caracterizam a *CI* como um processo ético e legal<sup>12</sup>, que proporciona melhores decisões e, assim, permite às organizações obterem vantagens competitivas, para que se diferenciem e proporcionem maior valor aos seus clientes comparativamente à concorrência.

### **(1) A *competitive intelligence* nas organizações**

Para os gestores estarem bem informados sobre os aspetos críticos do meio ambiente da organização numa base contínua e sistemática é exigível o seu conhecimento aprofundado. Contudo, este meio cada vez mais volátil e incerto cria dificuldades aos gestores que dificilmente se conseguem manter atualizados, de modo a conhecer o potencial de oportunidades e ameaças de forma efetiva e precisa. É neste cenário que a *CI* pode atuar, para minimizar a margem de erro e analisar em que medida aceitam os riscos aí existentes. (Taborda, et al., 2002, pp. 32-33; Ribeiro, 2009, pp. 106-111).

Para Kahaner (1996, pp. 28-31) a existência da *CI* nas organizações é absolutamente imperativa face à velocidade das mudanças no ambiente e que não dão sinal de se esbater, salientando: o rápido aumento do ritmo dos negócios, que exige decisões mais rápidas e com menos recursos; a sobrecarga de informação e a necessidade de proporcionar aos gestores a mais relevante, de elevada qualidade e precisão; o aumento da concorrência ao nível global; a concorrência existente está a tornar-se mais agressiva, o que faz com que apenas sobrevivam as organizações mais fortes, quando competem pelos mesmos clientes; as mudanças políticas que afetam fortemente e rapidamente as organizações; a rápida evolução tecnológica que pode significar novas oportunidades para as organizações.

Kahaner (1996, pp. 23-28) e Bernhardt (2003, pp. 12-13) identificaram que a *CI* proporciona a capacidade de: antecipar mudanças do mercado; identificar novos ou potenciais concorrentes e as suas ações; aprender com o sucesso e as falhas dos outros; aumentar a variedade e a qualidade dos objetivos; conhecer novas tecnologias, produtos e processos; conhecer as mudanças políticas, legislativas ou regulamentares; entrar em novos negócios e olhar para as suas próprias práticas com uma mente aberta; reforçar a cultura

---

<sup>12</sup> O recurso apenas a fontes abertas (não propriedade privada), legal e eticamente inquiridas é um princípio amplamente defendido pela *Strategic and Competitive Intelligence Professionals* (2008, cit. por Jorge, 2009, p.19).

competitiva da organização; reforçar a consciência das ameaças ao capital intelectual da organização, da necessidade de *counterintelligence* e de garantir a segurança da informação; minimizar a incerteza, entre outras.

A *CI* poderá ter um contributo mais alargado no processo de planeamento estratégico das organizações, bem como na identificação da intenção e capacidades dos seus concorrentes, para que a exposição ao risco possa ser identificada e tomadas ações para o reduzir (Kahaner, 1996, pp. 22-23).

## (2) O ciclo da intelligence

Apresenta-se o ciclo de *intelligence* proposto por Kahaner (1996, p. 44), que é semelhante ao usado na generalidade das unidades de *intelligence* mundiais (Figura n.º 11). O ciclo apresenta quatro fases interdependentes, em que cada uma acrescenta valor à anterior.



Figura n.º 11 – Ciclo da *intelligence*

Fonte: Adaptado de Kahaner (1996, p.44)

### **Planeamento e direção:**

O ciclo de *intelligence* começa quando os gestores manifestam as suas necessidades de informação crucial, informação e análise não disponíveis noutras fontes convencionais. Um possível ponto de partida para definir as necessidades de *intelligence* é pensar nas seguintes questões básicas: Quem? O quê? Onde? Quando? Porquê? e Como?



É, também, nesta fase que os analistas da *CI* decidem qual o caminho que devem seguir para cumprirem essa tarefa.

### **Recolha:**

Esta fase visa a obtenção, de forma ética e legal, de dados ou de informação do domínio público ou do interior da organização, com base na qual será produzida a *intelligence*. As fontes podem ser primárias, quando a recolha é feita diretamente da fonte, e secundárias, quando a recolha é feita por terceiros para um fim diferente da análise em curso.

### **Análise:**

Esta é a fase mais difícil do ciclo e vista algumas vezes como a “*black box*” da atividade de *intelligence*. A análise é o processo de transformar informação, muitas vezes aparentando não ter qualquer correlação, em *intelligence*.

Nesta fase, o analista pode socorrer-se de diversas ferramentas de ajuda ou instrumentos de gestão, como por exemplo a análise SWOT, jogos de guerra, desenvolvimento de cenários, entre outros.

### **Disseminação:**

Esta fase envolve a distribuição da *intelligence* aos seus utilizadores, ou seja, são apresentadas as respostas às perguntas formuladas pelos gestores ou decisores, na primeira fase do ciclo. Esta poderá ser distribuída por todos na organização que dela necessitem (Kahaner, 1996, pp. 43-137; Bernhardt, 2003, pp. 47-56).

### **c. A competitive intelligence no quadro da gestão do conhecimento**

Tanto a GC como a *CI* visam melhorar os recursos de informação da organização. Enquanto a GC se concentra em captar o conhecimento existente na mente das pessoas e partilhá-lo internamente, com o objetivo da organização elevar o desempenho; a *CI* está focada na recolha de informação do ambiente externo, transformando-a em *intelligence*, por forma a adquirir vantagens competitivas. Estes dois processos estão fortemente ligados porque a *CI* tem maior valor a longo prazo, se for integrada num processo de GC eficaz (Aware, 2004, cit. por Parker, et al., 2011, p. 103).

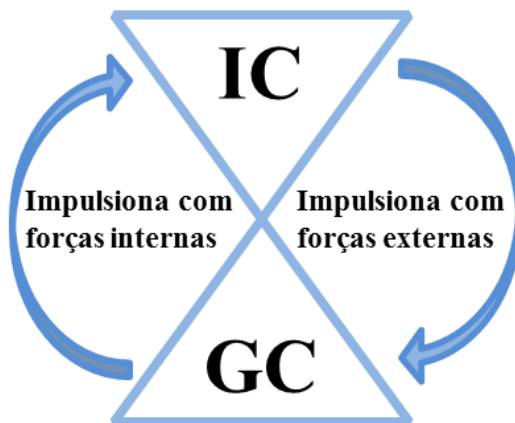


Figura n.º 12 – A relação entre GC e CI

Fonte: Adaptado de Shelfer (2000, p. 420)

Como se pode observar na figura n.º 12, a GC e a CI apoiam-se mutuamente. A informação obtida através do processo de CI é integrada no processo de GC e a organização identifica as suas prioridades de CI através das capacidades da GC. Há um considerável acréscimo de valor no desenvolvimento duma abordagem integrada, pois apenas uma combinação da GC e da CI pode proporcionar toda a informação que os decisores necessitam, e, assim, não operam no vácuo (Shelfer, 2000, pp. 419-420).



#### 4. Metodologia

Em função dos objetivos delineados, das perguntas de partida e derivadas e das hipóteses formuladas, é relevante a definição da metodologia do trabalho, nomeadamente no que respeita ao tipo de dados a recolher, às formas (instrumentos ou técnicas) mais adequadas de o fazer e a enumeração do plano de análise.

Como o que se pretende atingir com a investigação não está relacionado com o conhecimento das competências do diretor do HFAR definidas no plano normativo, mas mormente com o seu perfil de atuação no futuro, os seus comportamentos, com o papel que deverá desempenhar enquanto gestor máximo dentro da organização, será utilizado o modelo de Mintzberg para atingir os aspetos relacionados com estes objetivos e validação das hipóteses.

A recolha dos dados será efetuada através da aplicação dum questionário, que apesar de constituir a forma mais adequada, as respetivas respostas no momento da análise não constituiriam mais do que um somatório das posições individuais. Contudo, o que se pretende é que a posição individual seja consistentemente agregada e transformada na posição do grupo, possibilitando generalizações.

Também, a linguagem utilizada, da área da gestão, poderá gerar interpretações diversas, pelas diferentes categorias profissionais, o que se pretenderá evitar. Mesmo com a utilização duma base concetual a acompanhar o questionário, há que garantir univocidade de linguagem.

Assim, perseguindo os objetivos de agregação das posições individuais numa de grupo que seja consensual e a garantia duma interpretação unívoca da linguagem, recorreu-se ao Painel *Delphi* como a técnica mais adequada para a recolha de dados necessários à execução da presente investigação, tendo em consideração os objetivos definidos e a exigência decorrente da validação das hipóteses.

##### **a. A Técnica *Delphi***

A técnica de *Delphi* foi concebida e aplicada pela primeira vez com algum significado por Helmer e Dalkey, da *Rand Corporation*, em 1953, com o propósito de abordar um problema militar específico, relacionado com o esquema de defesa dos Estados Unidos da América face à ameaça Soviética (Dalkey, et al., 1962, p. 1).



Pretendia-se a obtenção da opinião mais fiável e consensual dum grupo de peritos, submetendo-os a uma série de questionários em profundidade intercalados com o retorno controlado das opiniões do grupo (Dalkey, et al., 1962, p. 1).

Consiste, assim, num processo estruturado de comunicação em grupo, para que os elementos que o constituem, como um todo, lidem e solucionem problemas complexos (Linstone, et al., 1975, p. 3). É um método para extrair e refinar o julgamento do grupo, baseado na racional expressa no antigo provérbio de que “duas cabeças pensam melhor do que uma”, quando o conhecimento exato não está disponível (Dalkey, 1969, p. v).

A utilização desta técnica tem sempre inerente as seguintes características:

- Recorre a painéis de peritos, conhecedores do problema ou com a mesma área de interesse;
- Anonimato dos membros do painel e a confidencialidade das respostas;
- Desenvolve-se através do recurso a questionários sequenciais e intercalados com um resumo dos resultados ou da informação recolhida na volta anterior, em termos de grupo;
- Iteração com informação de retorno controlada, que permite a reapreciação e a reformulação das posições iniciais de cada perito face às do grupo, aspeto que proporciona a convergência na distribuição das respostas, potencia a obtenção de consenso, ou, caso não se verifique, a identificação das divergências de opinião;
- Tratamento estatístico das respostas do grupo em cada volta, para identificação de padrões de acordo e para devolução aos peritos, promovendo a discussão do tema (Dalkey, et al., 1962, pp. 1-4; Dalkey, 1969, pp. 15-17; Reis, 1986, p. 114).

A seleção dos peritos do painel e a sua quantidade, o número de voltas ou iterações, a construção dos questionários de suporte e o tempo disponível para realizar o estudo são alguns dos aspetos críticos a considerar no desenvolvimento e exploração da técnica *Delphi*.

Relativamente ao processo de formação do consenso, Dalkey (1969, pp. 35-37) observou, num dos seus estudos de aplicação da técnica *Delphi*, que a dispersão das respostas é maior na primeira volta e que estas vão convergindo para um consenso à medida que vai ocorrendo a iteração com a informação de retorno.





Na utilização da técnica é de considerar que há um acréscimo de fiabilidade à medida que aumentam o número de elementos no painel, a sua heterogeneidade e o número de voltas, contudo, é importante evitar o sentimento de fadiga nos peritos o que ocorre ao fim de duas ou três voltas (Starkweather D. B., 1975, pp. 38-39).

Neste âmbito, diferenciadamente da generalidade das metodologias de investigação, a constituição dos painéis poderá ser ou não representativa da população. Mas a diversidade na composição do painel proporciona profundidade e amplitude nas múltiplas perspetivas sobre o problema. Em relação à sua composição quantitativa, existem autores com opiniões distintas, mas tudo indica que um número maior de peritos tem vantagens na medida em que se desconhece a taxa de participação até à conclusão do estudo (Nworie, 2011, pp. 25-26).

### **b. Desenvolvimento e aplicação da Técnica *Delphi***

Tendo sido a técnica *Delphi* escolhida para recolha de dados necessários à execução da presente investigação, importa agora apresentar sumariamente os principais passos seguidos.

#### **(1) Identificação e seleção do painel de peritos**

A definição do papel do diretor do HFAR que cumpra os objetivos delineados, não é uma questão exclusiva dos profissionais da carreira médica, por serem os únicos que podem ascender a tal cargo.

Para garantia dos critérios de fiabilidade e de validade da investigação procurou-se que o painel de peritos, que consta na tabela n.º1 fosse constituído por elementos que desempenhassem funções ou desenvolvessem atividades relacionadas com o Hospital, participando, assim, ativamente na vida da organização (Turoff, 1975, p. 90).

Foi selecionado um grupo (doravante designado por *grupo saúde*), que proporcionará a perspetiva interna, constituído por todos os militares colocados no HFAR/PL, com o posto de capitão ou primeiro-tenente, oficial superior e oficial general e, também, civis chefes de área ou de serviço, os quais totalizavam 159. Neste grupo foram incluídos mais 11 militares com desempenho, atual ou recente, de funções num órgão de saúde militar.

Contudo, era imprescindível a obtenção duma visão mais global, externa ao HFAR, que poderia ser proporcionada por militares que não estivessem colocados atualmente, ou nos últimos anos, em órgãos de saúde militares, mas conhecedores da organização e



potenciais utilizadores dos serviços do Hospital. Este grupo (doravante designado por *grupo não saúde*) tem potencialidades para se pronunciar assertivamente sobre a construção da imagem de referência do Hospital. Por razões de simetria, procurou-se que este grupo, constituído por 162 peritos fosse o mais homogéneo possível com o anterior, no que concerne ao total de peritos e à sua distribuição pelos postos e ramos das FFAA. O menor número de capitães ou primeiros-tenentes justifica-se pela preferência de peritos com maior experiência no exercício de funções de comando. Este grupo é constituído, na sua maioria, por militares colocados ou em curso (CPOG e CEMC) no IESM (128 peritos).

A seleção de militares com o posto de capitão ou superior garante a univocidade da linguagem do inquérito e por já acumularem experiência de comando ou chefia que permite presumir que têm os conhecimentos adequados a integrar o presente painel de peritos tipo *Delphi*. Optou-se por painéis alargados, a integrar todos os militares colocados, à data, no HFAR, para se minimizarem potenciais problemas decorrentes de taxas de resposta baixas.

A heterogeneidade do painel, com as visões interna e externa do HFAR, exige que no retorno de informação, no final de cada volta, sejam proporcionados os resultados segregados por grupo, dado que há vantagem para a investigação apreender a pluralidade de expectativas, opiniões e o seu significado. Também as hipóteses formuladas exigem que a análise seja efetuada na perspetiva interna, externa e global.

**Tabela n.º 1 – Constituição do Painel *Delphi***

Fonte: Elaboração própria

Ramo/Posto	Grupo Não Saúde	Grupo Saúde	Total
<b>MAR</b>	<b>39</b>	<b>42</b>	<b>81</b>
CALM	1	1	2
CMG	12	1	13
CFR	7	2	9
CTEN	19	1	20
1TEN	0	37	37
<b>EXE</b>	<b>81</b>	<b>63</b>	<b>144</b>
MGEN	2	2	4
COR	17	2	19
TCOR	13	8	21
MAJ	43	10	53
CAP	6	41	47
<b>FAP</b>	<b>42</b>	<b>62</b>	<b>104</b>
MGEN	3	2	5
COR	13	8	21
TCOR	13	15	28
MAJ	12	15	27
CAP	1	22	23
<b>MDN</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
CIVIL	0	3	3
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>170</b>	<b>332</b>



## **(2) Preparação e aplicação do questionário**

Como já foi referido anteriormente o instrumento privilegiado para interagir com o painel *Delphi*, é o questionário.

Para atingir o objetivo do estudo, o inquérito pretende a obtenção do consenso tão consistente e significativo quanto possível entre os diversos participantes, sobre quais as dimensões do papel do gestor, descritas no modelo de Mintzberg, que melhor contribuirão para a ação do diretor do HFAR, ou dos membros da direção em quem ele delegar, melhorarem o desempenho futuro do Hospital e concomitantemente o aumento de competitividade e a construção de uma imagem de referência. Esta problemática foi apresentada aos peritos nos questionários, assim como em todos os contactos estabelecidos.

A heterogeneidade do painel exigia que a preparação do questionário fosse pensada no sentido de se conseguir uma interpretação uniforme do mesmo, de forma a produzir um leque de respostas formalmente homogêneas.

Não existindo um número predefinido de voltas para a aplicação do questionário, decidiu-se inicialmente que ocorreria em dois momentos, por forma a minimizar a obtenção de consenso com base no cansaço do painel, tendo sido esta decisão comunicada ao painel no primeiro contacto.

A primeira iteração com o painel foi efetuada através de *e-mail*, em 7 de maio de 2014, onde se apresentava a investigação e o questionário. Este era composto por uma nota introdutória, de seguida pretendia-se uma breve caracterização do perito<sup>13</sup> e, por fim, solicitava-se a ordenação, em termos de importância relativa, das dez dimensões do modelo de Mintzberg para atingir o objetivo definido (Anexo D).

Aquela ordenação devia percorrer todas as posições da escala, de um (mais importante) a dez (menos importante), sem hipótese de empate, recorrendo, assim, a uma escala do tipo ordinal que proporcionaria as relações de ordem entre as dimensões. O requisito de não haver empates<sup>14</sup> não foi cabalmente compreendido pelos peritos<sup>15</sup>, o que motivou a receção de algumas respostas com repetições, situação que foi ultrapassada matematicamente com o cálculo do valor central desses empates, reproduzindo a respetiva reordenação, de um a dez.

---

<sup>13</sup> Ramo, Posto e Colocação ou não em Órgão relacionado com a saúde. Na segunda volta foi acrescentada a questão se tinha respondido ou não na primeira.

<sup>14</sup> A plataforma informática utilizada para aplicação do questionário não permitia a validação deste requisito na submissão das respostas.

<sup>15</sup> 55,1% das respostas com empates.



Na construção do segundo questionário e respetivo *e-mail* de acompanhamento foi concentrado o esforço na clarificação daquele requisito, objetivo que foi atingido, dada a qualidade acrescida das respostas recebidas<sup>16</sup>. Como definido na técnica *Delphi*, foi enviado um resumo dos resultados da primeira volta (Anexo E).

Devido à baixa taxa de resposta observada, em ambas as voltas, até pouco tempo antes de terminar o prazo para a submissão das respostas, houve a necessidade de enviar um *e-mail* a relembrar da importância do contributo de todos os elementos do painel. Esta insistência teve um efeito duplicador das respostas obtidas.

A primeira volta do questionário foi iniciada em 07 de maio de 2014 com a receção de respostas a encerrar em 15 de maio, tendo sido recebidas 127 respostas (*grupo saúde* – 62, *grupo não saúde* – 65). A segunda volta iniciou em 20 de maio com término em 3 de junho e foram recebidas 76 respostas (*grupo saúde* – 34, *grupo não saúde* – 42).

### **(3) Coeficiente de concordância de Kendall**

O questionário formulado pretendia, na sua questão principal relacionada com a ordenação das dimensões do papel do gestor, respostas com valores numa escala ordinal de 1 (mais importante) a 10 (menos importante). Este tipo de escala apenas permite o conhecimento das relações entre os elementos ordenados e a classificação dos mesmos, não permitindo a determinação da distância entre eles, razão que impõe o recurso a técnicas de análise não-paramétricas. Por exemplo, a distância entre o primeiro e o segundo pode não ser igual à distância entre o segundo e o terceiro e assim sucessivamente (Pardal, et al., 1995; Hill, et al., 2002, pp. 195-201).

Neste sentido, a utilização do *coeficiente de concordância de Kendall* ( $w$ ) permite medir o grau de concordância entre as ordenações efetuadas pelos respondentes do inquérito, relativamente a um grupo de atributos (dimensões do papel do gestor) ou diferentes variáveis, quando ordenadas com recurso a escalas ordinais. Assume o valor de 0 quando não há concordância e de 1 quando há homogeneidade nas respostas (Kendall, 1970, pp. 94-95; Siegel, 1956, pp. 229-232).

Para calcular o coeficiente de correlação entre a ordenação final dos grupos (*saúde* e *não saúde*) e o total das respostas, foi utilizado o coeficiente  $\tau - b$  (*tau - b*) de Kendall, adequado a este tipo de variáveis, medidas através de escala ordinal. Assume o valor de -1

---

<sup>16</sup> 20,8% das respostas com empates.



para a inversão perfeita, 0 para a ausência de correlação e de 1 para a concordância absoluta (Hill, et al., 2002, p. 205).



## 5. Resultados: Apresentação e discussão

### a. Apresentação dos resultados

A análise da primeira volta incidu sobre o apuramento da ordenação das dimensões do papel do gestor obtida por cada grupo individualmente (*saúde e não saúde*) e da totalidade do painel. Contudo, é essencial na técnica *Delphi* apurar o nível de consenso atingido em cada volta, calculado através do coeficiente de concordância de *Kendall*.

A tabela n.º 2 apresenta o resumo dos resultados da primeira volta, em que participaram 127 peritos (38,3% do total do painel). À semelhança do estudo conduzido por Dalkey (1969, pp. 19-20), os resultados da primeira volta apresentaram uma elevada dispersão das respostas, com um  $w$  de *Kendall* a variar entre 0,113 e 0,133, razão que corroborou a decisão inicial de realizar uma segunda volta.

Cumulativamente, o facto de alguns respondentes não terem cumprido com o requisito de ordenação das dimensões sem possibilidade de empates aprofundou a necessidade de realizar a segunda volta, já comunicada ao painel na primeira iteração.

**Tabela n.º 2** – Ordenação dos resultados da primeira volta – Pannel *Delphi*

Fonte: Elaboração própria

Grupo/Participantes Dimensões do papel do gestor	Primeira Volta					
	Grupo Saúde 62		Grupo Não Saúde 65		Total 127	
	Σ Pontos	Ord.	Σ Pontos	Ord.	Σ Pontos	Ord.
PRIMEIRA FIGURA	233,0	3	317,0	6	550,0	3
LIDER	169,0	1	198,0	1	367,0	1
LIGAÇÃO	296,0	6	337,0	8	633,0	8
MONITOR	284,0	5	327,0	7	611,0	7
DISSEMINADOR	321,0	9	351,0	9	672,0	9
PORTA VOZ	341,0	10	371,0	10	712,0	10
AGENTE MUDANÇA ORG.	225,0	2	248,0	2	473,0	2
REGULADOR DE CONFLITOS	320,0	8	290,0	4	610,0	6
DISTR. DE RECURSOS	307,0	7	279,0	3	586,0	5
NEGOCIADOR	255,0	4	300,0	5	555,0	4
Coeficiente de concordância Kendall ( $w$ )	0,133		0,113		0,113	



Recorde-se que a informação de retorno comunicada na segunda volta foi a ordenação das dimensões por grupo (*saúde e não saúde*) e do total de respondentes do painel, obtidas na volta anterior, informando os peritos que poderiam, se entendessem, manter ou reformular a opinião submetida inicialmente.

Na segunda volta responderam 96 peritos (28,9% do total do painel), os resultados obtidos foram os que constam no anexo F e que estão resumidos na tabela n.º 3.

**Tabela n.º 3** – Ordenação das dimensões na segunda volta – Painel *Delphi*

Fonte: Elaboração própria

Grupo/Participantes Dimensões do papel do gestor	Segunda Volta											
	Grupo Saúde 44				Grupo Não Saúde 52				Total 96			
	Σ Pontos	%	Moda	Ord.	Σ Pontos	%	Moda	Ord.	Σ Pontos	%	Moda	Ord.
PRIMEIRA FIGURA	141,0	5,8%	2	2	260,0	9,1%	2	3	401,0	7,6%	2	3
LIDER	68,5	2,8%	1	1	78,5	2,7%	1	1	147,0	2,8%	1	1
LIGAÇÃO	268,0	11,1%	6	5	328,5	11,5%	5	7	596,5	11,3%	5	7
MONITOR	311,0	12,9%	7	8	339,5	11,9%	8	8	650,5	12,3%	8	8
DISSEMINADOR	324,0	13,4%	9	9	391,0	13,7%	9	9	715,0	13,5%	9	9
PORTA VOZ	347,0	14,3%	10	10	405,0	14,2%	10	10	752,0	14,2%	10	10
AGENTE MUDANÇA ORG.	166,0	6,9%	3	3	171,5	6,0%	2	2	337,5	6,4%	2	2
REGULADOR DE CONFLITOS	275,0	11,4%	4	6	311,5	10,9%	4	6	586,5	11,1%	4	6
DISTR. DE RECURSOS	277,0	11,4%	4	7	279,0	9,8%	3	4	556,0	10,5%	4	5
NEGOCIADOR	242,5	10,0%	7	4	295,5	10,3%	4	5	538,0	10,2%	4	4
Coefficiente de concordância Kendall (w)	0,452				0,407				0,413			

Salienta-se que quanto menor for o somatório de pontos numa dimensão, maior é a sua importância e que a concordância absoluta na atribuição da primeira posição seria atingida com 1,8% do total de pontos e o décimo lugar com 18,2%. O valor médio é de 10%, o que significa que as dimensões com percentagens superiores sugerem uma diminuição da sua importância em detrimento de outras com percentagem inferior.

Quando agregados por área, a percentagem média e a ordenação obtida é a que se apresenta na tabela n.º 4.



**Tabela n.º 4** – Ordenação das áreas na segunda volta – Painel *Delphi*

Fonte: Elaboração própria

Área do papel do gestor	Segunda Volta					
	Grupo Saúde 44		Grupo Não Saúde 52		Total 96	
	% média	Ord.	% média	Ord.	% média	Ord.
INTERPESSOAL	6,6%	1	7,8%	1	7,2%	1
INFORMAÇÃO	13,5%	3	13,2%	3	13,4%	3
DECISÃO	9,9%	2	9,2%	2	9,6%	2

### **b. Discussão dos resultados**

Na primeira volta (tabela n.º 2), o nível de concordância intra e entre grupos foi baixo. Apenas houve alinhamento entre os grupos nas quatro dimensões dos extremos, *líder*, *agente de mudança*, *disseminador* e *porta-voz* (primeiro, segundo, nono e décimo lugares, respetivamente), todas as outras dimensões obtiveram classificações diferentes.

A divergência agudiza-se nas dimensões *primeira figura*, *distribuidor de recursos* e *regulador de conflitos* que assumem, no grupo *saúde*, a classificação de terceiro, sétimo e oitavo lugares, enquanto no grupo *não saúde*, ocupam as posições de sexto, terceiro e quarto lugares, respetivamente. Esta divergência de classificação reflete a atribuição de maior importância à área *interpessoal* pelo grupo *saúde* (terceiro lugar para a dimensão *primeira figura*) e da área *decisão* pelo grupo *não saúde* (terceiro e quarto lugar para as dimensões *distribuição de recursos* e *regulador de conflitos*).

Contudo, a essência do painel *Delphi* reflete-se na última iteração onde o consenso poderá manifestar-se com maior intensidade, razão que justifica a utilização dos resultados observados na segunda volta para a validação das hipóteses que estiveram na origem da investigação.

Como será detalhado à frente, o nível de concordância do painel entre as duas voltas aumentou significativamente, passando de 0,113 (*w* de *Kendall*) para 0,413, indicando que as pessoas estão recetivas a colaborar para encontrar soluções consensuais. Como se pode observar no anexo E, o investigador não forçou qualquer consenso, tendo apenas facultado a síntese da ordenação obtida na volta anterior. Ainda assim, o consenso foi alcançado.





Neste sentido, a análise dos resultados que permitirão identificar o papel do diretor do HFAR, que melhor contribuirá para o conduzir futuramente a níveis superiores de competitividade e de racionalização, está estruturada em quatro partes:

- Ordenação das dimensões do papel do gestor atribuída pelo grupo *saúde* e a sua concordância;
- Ordenação das dimensões do papel do gestor atribuída pelo grupo *não saúde* e a sua concordância;
- Ordenação das dimensões obtida por todo o painel e a sua concordância;
- Complementaridade entre a *CI* e o papel do diretor do HFAR.

**(1) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o grupo “saúde”**

A ordenação das dimensões segundo este grupo é a seguinte:

- 1.<sup>a</sup> Líder;
- 2.<sup>a</sup> Primeira figura
- 3.<sup>a</sup> Agente mudança
- 4.<sup>a</sup> Negociador
- 5.<sup>a</sup> Ligação
- 6.<sup>a</sup> Regulador de conflitos
- 7.<sup>a</sup> Distribuidor de recursos
- 8.<sup>a</sup> Monitor
- 9.<sup>a</sup> Disseminador
- 10.<sup>a</sup> Porta-voz

O nível de concordância obtido foi de 0,452 (*w* de *Kendall*), que superou largamente o da primeira volta (0,133), expressando um consenso razoável no grupo.

As principais alterações da classificação entre a primeira e a segunda volta (tabelas n.º 2 e n.º 3), verificaram-se, em sentidos inversos, na desvalorização da dimensão *monitor* (da quinta para a oitava posição) e valorização da *regulador de conflitos* (da oitava para a sexta posição). Esta desvalorização da área da informação poderá revelar uma evolução incongruente, pois o diretor para exercer as dimensões da área da decisão tem de estar devidamente apoiado em informação.

Para este grupo, o diretor deverá privilegiar as dimensões da área interpessoal (*líder*, *primeira figura* e *ligação*). O diretor terá, acima de tudo, de ser um líder capaz de



integrar as atuações individuais com os objetivos organizacionais e cumprir com os seus deveres formais, de natureza legal ou social.

A área de decisão é a segunda mais valorizada, sendo de salientar a terceira posição do *agente de mudança* organizacional, em que 61,4% dos respondentes atribuiu-lhe a classificação de 1 a 3 (6,9% do total de pontos, próximo do segundo lugar (5,8%) e mais distante do quarto (10,0%)). Esta avaliação reflete a importância que é atribuída à necessidade do diretor ter um papel ativo no processo em curso de reforma organizacional do Hospital.

Com exceção da dimensão *agente de mudança organizacional*, o grupo *saúde* manifestou uma elevada dispersão na avaliação de todas as restantes dimensões da área *decisão*, como se pode concluir das diferenças entre a classificação final das dimensões, a respetiva moda e a proximidade no somatório de pontos, o que expõe divergências na interpretação da sua importância (Tabela n.º 3 e Anexo F).

Surpreendentemente, as três dimensões classificadas nos últimos lugares (*monitor*, *disseminador* e *porta-voz*) são todas da área informacional, o que reflete uma reduzida valorização deste recurso de importância estratégica, potenciador da criação de vantagens competitivas e da sustentação da estratégia do HFAR. Por outro lado, o grupo *saúde* poderá reconhecer maior importância a estas dimensões, mas para serem desempenhadas por outros profissionais do Hospital. Este pressuposto estimula a pertinência de acionar a *competitive intelligence* para proporcionar ao diretor o recurso informacional, que é simultaneamente básico e estratégico, para o seu processo de tomada de decisão.

Assim, a classificação do grupo *saúde* sugere que o diretor do HFAR privilegie, por ordem decrescente de importância, a área *interpessoal*, *decisão* e *informação*, para conduzir o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização. Revelou concordância na classificação das três primeiras dimensões, todas com percentagem superior a 60% de respostas na classificação 1 a 3, onde se destaca a *líder* (72,9% das respostas na classificação 1 e 18,8% na 2). Também se verifica uma concentração elevada de respostas na dimensão *porta-voz*, última classificada (57,3% das respostas atribuiu-lhe a classificação 9 ou 10).

As restantes dimensões apresentam uma dispersão mais acentuada, razão que poderia sugerir a realização de uma terceira volta para procurar maior consenso na ordenação destas dimensões. Contudo, o grupo transpareceu maior clarividência e



concordância na ordenação das posições extremas, que são as de maior interesse para o diretor orientar o desempenho do seu papel.

Em suma, o aumento do nível de concordância alcançado na segunda volta, comparativamente ao da primeira, embora ainda moderado, permite validar a hipótese de que o grupo *saúde* é concordante na ordenação das dimensões do papel do diretor do HFAR.

## **(2) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o grupo “*não saúde*”**

A ordenação das dimensões segundo este grupo é a seguinte:

- 1.<sup>a</sup> Líder;
- 2.<sup>a</sup> Agente mudança
- 3.<sup>a</sup> Primeira figura
- 4.<sup>a</sup> Distribuidor de recursos
- 5.<sup>a</sup> Negociador
- 6.<sup>a</sup> Regulador de conflitos
- 7.<sup>a</sup> Ligação
- 8.<sup>a</sup> Monitor
- 9.<sup>a</sup> Disseminador
- 10.<sup>a</sup> Porta-voz

Foi atingido um nível de concordância razoável, de 0,407 ( $w$  de Kendall) que superou significativamente o valor ( $w=0,113$ ) da primeira volta.

Para este grupo, a dimensão *líder* assume com evidência a primeira posição (2,7% do total de pontos), seguida do *agente de mudança organizacional* (6,0%) e em terceiro a *primeira figura* (9,1%). Também, para este grupo, a área interpessoal é a mais importante, com duas dimensões a ocuparem a primeira e terceira posição. Porém, na dimensão *primeira figura*, verificou-se a evolução positiva mais significativa entre as duas voltas (da sexta para a terceira posição), refletindo uma consciencialização coletiva da importância do cumprimento dos deveres do diretor no plano formal. Em contrapartida, a dimensão *regulador de conflitos* evoluiu da quarta para a sexta posição, sugerindo um menor empenho do diretor na correção de desvios à atuação do HFAR, devendo este concentrar o seu esforço na formulação da estratégia.

É de salientar a valorização atribuída ao *agente de mudança organizacional* (segunda posição) que poderá estar influenciada pelas mudanças em curso na estrutura



organizacional do HFAR e refletir, também, a pertinência de ser o diretor a assumir o papel principal na formulação e desenvolvimento dos processos de mudança mais significativos que envolvam todo o hospital.

À semelhança do grupo *saúde*, as últimas três posições são *monitor* (11,9%, moda 8), *disseminador* (13,7%, moda 9), *porta-voz* (14,2%, moda 10, 59,1% dos respondentes classificaram-na com 9 ou 10), todas pertencentes à área informacional.

Relativamente às restantes dimensões que ficaram entre a quarta e a sétima posição (três da área de decisão e uma da interpessoal), o grupo revela uma maior dispersão na valorização, facto que se pode verificar pelas diferenças entre a ordenação e a moda e pela dispersão de respostas espelhada no anexo F.

Salienta-se a dimensão *distribuidor de recursos*, na quarta posição (9,8%, moda 3), que aparece como uma das mais importantes. Este grupo está consciente que a exiguidade de recursos (humanos, financeiros e logísticos) poderá afetar o cumprimento da missão do HFAR e, conseqüentemente, das FFAA, devendo, assim, o diretor ter um papel ativo na sua gestão.

Em suma, o grupo *não saúde* classifica a área *interpessoal* na primeira posição, seguida da *decisão* e, por fim, a da *informação*. Este grupo elevou significativamente o nível de concordância entre as duas voltas, embora ainda moderado, permite validar a hipótese de que este grupo é concordante na ordenação das dimensões do papel do diretor do HFAR.

### **(3) Papel do diretor do Hospital das Forças Armadas segundo o todo o painel *Delphi***

A ordenação das dimensões segundo todo o painel *Delphi* é a seguinte:

- 1.<sup>a</sup> Líder;
- 2.<sup>a</sup> Agente mudança
- 3.<sup>a</sup> Primeira figura
- 4.<sup>a</sup> Negociador
- 5.<sup>a</sup> Distribuidor de recursos
- 6.<sup>a</sup> Regulador de conflitos
- 7.<sup>a</sup> Ligação
- 8.<sup>a</sup> Monitor
- 9.<sup>a</sup> Disseminador
- 10.<sup>a</sup> Porta-voz



Apesar das várias alterações de posição ocorridas em cada um dos grupos, entre a primeira e a segunda volta, a ordenação final de todo o painel *Delphi* apenas alterou nas dimensões *ligação* e *monitor*, de oitavo para sétimo e de sétimo para oitavo, respetivamente.

Porém, a grande mais-valia da ordenação final da segunda volta é a de resultar dum nível de concordância substancialmente superior ( $w=0,413$ ), comparativamente ao da primeira ( $w=0,113$ ).

Como será detalhado à frente, o nível de concordância do painel entre as duas voltas aumentou de 0,113 ( $w$  de *Kendall*) para 0,413.

A posição final das dimensões do painel decorre das apresentadas anteriormente para cada um dos grupos, pelo que globalmente não difere destas (Tabela n.º 5). Serão salientados os aspetos que permitem proceder à validação da terceira hipótese, nomeadamente as principais divergências e consensos atingidos.

**Tabela n.º 5** – Ordenação das dimensões por grupo

Fonte: Elaboração própria

<i>Grupo</i> <i>Dimensão</i>	<i>Saúde</i>	<i>Não Saúde</i>	<i>Painel (Total)</i>
<b>Primeira figura</b>	<b>2.<sup>a</sup></b>	<b>3.<sup>a</sup></b>	<b>3.<sup>a</sup></b>
<b>Líder</b>	<b>1.<sup>a</sup></b>	<b>1.<sup>a</sup></b>	<b>1.<sup>a</sup></b>
<b>Ligação</b>	<b>5.<sup>a</sup></b>	<b>7.<sup>a</sup></b>	<b>7.<sup>a</sup></b>
<b>Monitor</b>	<b>8.<sup>a</sup></b>	<b>8.<sup>a</sup></b>	<b>8.<sup>a</sup></b>
<b>Disseminador</b>	<b>9.<sup>a</sup></b>	<b>9.<sup>a</sup></b>	<b>9.<sup>a</sup></b>
<b>Porta-voz</b>	<b>10.<sup>a</sup></b>	<b>10.<sup>a</sup></b>	<b>10.<sup>a</sup></b>
<b>Agente mudança org.</b>	<b>3.<sup>a</sup></b>	<b>2.<sup>a</sup></b>	<b>2.<sup>a</sup></b>
<b>Regulador de conflitos</b>	<b>6.<sup>a</sup></b>	<b>6.<sup>a</sup></b>	<b>6.<sup>a</sup></b>
<b>Distr. de recursos</b>	<b>7.<sup>a</sup></b>	<b>4.<sup>a</sup></b>	<b>5.<sup>a</sup></b>
<b>Negociador</b>	<b>4.<sup>a</sup></b>	<b>5.<sup>a</sup></b>	<b>4.<sup>a</sup></b>

A dimensão mais importante é nitidamente a *líder* (72,9% dos respondentes classificaram-na com 1 e 18,8% com 2; 2,8% do total de pontos) (Tabela n.º 3 e Anexo F), que traduz a principal escolha, por ambos os grupos.

Um pouco mais distante, é ordenada na segunda posição a dimensão *agente de mudança* (67,7% dos respondentes consideram-na uma das três mais importantes; 6,4% do total de pontos). Esta avaliação sugere uma intervenção ativa do diretor na definição e desenvolvimento das principais mudanças do hospital, que continuarão a ser recorrentes no



período de consolidação do HFAR, acrescentando a recente integração do Hospital Militar Regional n.º 1, do Porto.

Na terceira posição destaca-se a *primeira figura* (14,6% das avaliações em primeiro lugar, 28,1% em segundo e 12,5% em terceiro; 7,6% do total de pontos). Obtém uma melhor avaliação no grupo *saúde* (5,8%) relativamente ao *não saúde* (9,1%), o que reflete a necessidade sentida pelos profissionais da saúde de terem no papel do seu diretor um símbolo, alguém mais próximo e que zele pelo cumprimento dos crescentes deveres formais de índole legal e de natureza social.

A atribuição das últimas três posições é coincidente entre os dois grupos, observando-se um elevado nível de concordância na atribuição da décima posição à dimensão *porta-voz* (40,6% dos respondentes avaliaram-na em décimo lugar e 16,7% em nono; 14,2% do total dos pontos). Com uma avaliação ligeiramente superior, encontra-se a dimensão *disseminador* na nona posição (13,5% do total dos pontos). Ambos os grupos desvalorizam o plano formal de comunicação externa e interna como fator de melhorar a competitividade e a racionalização no HFAR.

Com uma dispersão de respostas superior encontra-se na oitava posição a dimensão *monitor*, a qual é avaliada com maior importância pelo grupo *não saúde* (11,9%) comparativamente ao *saúde* (12,9%). É consensual no painel considerar a área da informação a menos importante, o que suscita a questão “como poderá o diretor do HFAR ser líder e agente de mudança se não valorizar o recurso informacional?”.

A dimensão *distribuidor de recursos*, na quinta posição, foi a que teve maior divergência na ordenação da primeira volta (7.º para o grupo *saúde* e 3.º para o *não saúde*) e na segunda (apenas a evolução para 4.º no grupo *não saúde*). Há uma evidente valorização desta dimensão pelo grupo *não saúde*, aconselhando o diretor a envolver-se nas principais decisões relacionadas com a distribuição de recursos (financeiros, humanos ou logísticos), para que o hospital atinja os desejados níveis de racionalização e de competitividade. Contudo, coloca-se a questão “Estará inerente a esta avaliação a pretensão de melhor acessibilidade aos cuidados de saúde ou, por outro lado, uma avaliação do custo-oportunidade da aplicação dos recursos no HFAR?”.

Também na dimensão *ligação* se verificou um baixo grau de concordância entre os dois grupos (5.ª e 7.ª posição nos grupos *saúde* e *não saúde*, respetivamente), manifestando o grupo *saúde* uma maior valorização da necessidade do diretor estabelecer uma rede de contactos exteriores que propiciem informação e canais de intervenção.



As dimensões *negociador* e *regulador de conflitos*, classificadas na quarta e sexta posição mantiveram a sua ordenação nas duas voltas.

Relativamente à ordenação por área, não se verificaram alterações às apresentadas para ambos os grupos, sendo a *interpessoal* a mais importante, seguida da *decisão* e, por fim, a *informacional*.

A evolução da correlação entre a ordenação final dos grupos *saúde*, *não saúde* e *total*, calculada através do coeficiente  $\tau - b$  (*tau - b*) de *Kendall*, é a que se apresenta na tabela n.º 6.

**Tabela n.º 6** – Evolução da concordância da ordenação final entre grupos e total

Fonte: Elaboração própria

Concordância Kendall <i>Tau B</i>	1.ª Volta	2.ª Volta
Saúde / Não Saúde	0,600	0,778
Saúde / Total	0,822	0,822
Não Saúde / Total	0,778	0,956

Observa-se que os níveis de concordância aumentaram entre a primeira e a segunda volta, sendo mais elevados entre ambos os grupos e o total visto estarem integrados neste. Este aumento de concordância consubstancia a utilidade da utilização de painéis tipo *Delphi*.

Verifica-se uma concordância quase plena entre a ordenação final obtida no grupo *não saúde* e o total, o que não acontece com o grupo *saúde*. O nível de concordância entre os dois grupos é mais baixo, apesar do valor demonstrar que existe um grau de consenso bastante bom.

Em suma, como se pode observar nas tabelas n.º 3 e n.º 6, existe concordância no plano interno em cada um dos grupos, como também existe concordância na ordenação final obtida entre estes. Há globalmente alinhamento quanto ao grau de importância das diversas dimensões do papel do diretor do HFAR, e dos membros da direção em quem ele delegar, que melhor contribuirá para o conduzir futuramente a níveis superiores de competitividade e de racionalização, sendo de validar a terceira hipótese.



#### (4) Complementaridade entre a *competitive intelligence* e o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas

Do exposto anteriormente, conclui-se que há concordância do painel e dos grupos, na ordenação da importância relativa das dimensões. A concordância aumenta nas três posições extremas (Tabela n.º 7), mas, enquanto se mantém na ordenação das três primeiras, o mesmo não se verifica nas três últimas, da área *informação* ( $w=0,076$ ).

**Tabela n.º 7** –  $w$  de *kendall* da segunda volta, por grupo de dimensões

Fonte: Elaboração própria

<i>Grupo</i> <i>Dimensões</i>	Segunda volta		
	Saúde	Não saúde	Total
10 dimensões	0,452	0,407	0,413
3 primeiras / 3 últimas	0,607	0,531	0,550
3 primeiras	0,438	0,481	0,435
3 últimas	0,053	0,103	0,076

Apesar de ambos os grupos atribuírem as últimas posições às três dimensões da área *informação*, verifica-se, na tabela n.º 8, o seguinte:

- *Porta-voz* – concentração elevada da avaliação entre 8 e 10 (65,6%), que reflete a tendência de ambos os grupos;
- *Disseminador* – das dez dimensões é a única que não tem qualquer avaliação de 1 a 3, observando-se uma dispersão das respostas pelas restantes posições. A sua importância é ligeiramente superior no grupo *saúde* (13,4% do total de pontos) comparativamente ao *não saúde* (13,7%);
- *Monitor* – as respostas tem uma distribuição bimodal com as posições 4, 7 e 8 a concentrarem maior número de respostas (13,5%, 18,8% e 18,8%, respetivamente). As outras respostas estão dispersas pelas restantes posições, com exceção da 1 que não recebeu qualquer avaliação. O grupo *não saúde* é o que valoriza mais esta dimensão (11,9% do total de pontos) comparativamente ao *saúde* (12,9%).





**Tabela n.º 8** – Ordenação e distribuição da classificação das dimensões – Painel *Delphi*

Fonte: Elaboração própria

Ord.	Classificação Dimensão	2.ª volta - Painel		
		1 - 3	4 - 7	8 - 10
3. <sup>a</sup>	Primeira figura	55,2%	27,1%	17,7%
1. <sup>a</sup>	Lider	93,8%	6,3%	0,0%
7. <sup>a</sup>	Ligação	15,6%	54,2%	30,2%
8. <sup>a</sup>	Monitor	6,3%	53,1%	40,6%
9. <sup>a</sup>	Disseminador	0,0%	46,9%	53,1%
10. <sup>a</sup>	Porta-voz	8,3%	26,0%	65,6%
2. <sup>a</sup>	Agente mudança org.	67,7%	28,1%	4,2%
6. <sup>a</sup>	Regulador de conflitos	10,4%	56,3%	33,3%
5. <sup>a</sup>	Distr. de recursos	21,9%	52,1%	26,0%
4. <sup>a</sup>	Negociador	17,7%	62,5%	19,8%

Infere-se que a área da *informação* não é valorizada pelo painel e também não há concordância na sua avaliação, o que suscita as seguintes questões:

- Existirá um entendimento distinto dos conteúdos de cada conceito?
- Haverá elementos do painel que, embora reconheçam a importância destas dimensões, consideram que não devem ser desempenhadas pelo diretor mas, por outros profissionais do hospital?
- Terão os elementos do painel um entendimento diferente sobre a utilidade da informação para a gestão?

As questões colocadas são facilmente refletidas na dimensão *monitor*, onde se verifica elevada dispersão das respostas. Esta prevê que o diretor defina, procure e receba informação, que deverá integrar e assimilar na ótica da organização, em suma, que seja o centro nervoso de comando da informação interna e externa. Verifica-se uma elevada abrangência da dimensão, o que potencia interpretações e valorações díspares, consoante a concentração dos respondentes numa das suas características.

Assim, considerando que:

- O diretor é o responsável máximo pela formulação estratégica e, em particular, por conduzir o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização dos recursos;



- As dimensões mais valorizadas para alcançar aquele objetivo são as *líder*, *agente de mudança* e *primeira figura*, cujo desempenho está dependente do conhecimento organizacional e de *intelligence* oportuna sobre o ambiente interno e externo do HFAR;
- O desempenho do papel do diretor em todas as outras dimensões também depende daquele recurso informacional, cuja produção pode ser competência de profissionais especializados;
- Não houve concordância na avaliação das dimensões da área *informação* e dever-se-ão analisar as razões, para melhorar o processo de comunicação do hospital;
- Provavelmente, o painel teve entendimento diferente sobre o conteúdo e a operacionalização das funções da informação e, ainda, a importância que têm a comunicação interna e externa como facilitadoras da gestão estratégica do hospital, além de minimizarem o ruído sobre a mesma;
- A integração dos Polos de Lisboa e do Porto no HFAR, sob a mesma direção, exige competências de comunicação e informação acrescidas.

Pelas razões apresentadas, julga-se de elevada importância que o papel do diretor, proposto pelo painel, seja complementado com os princípios da *competitive intelligence*, executados por profissionais adstritos a esse fim, conforme modelo que se apresenta na figura n.º 13.

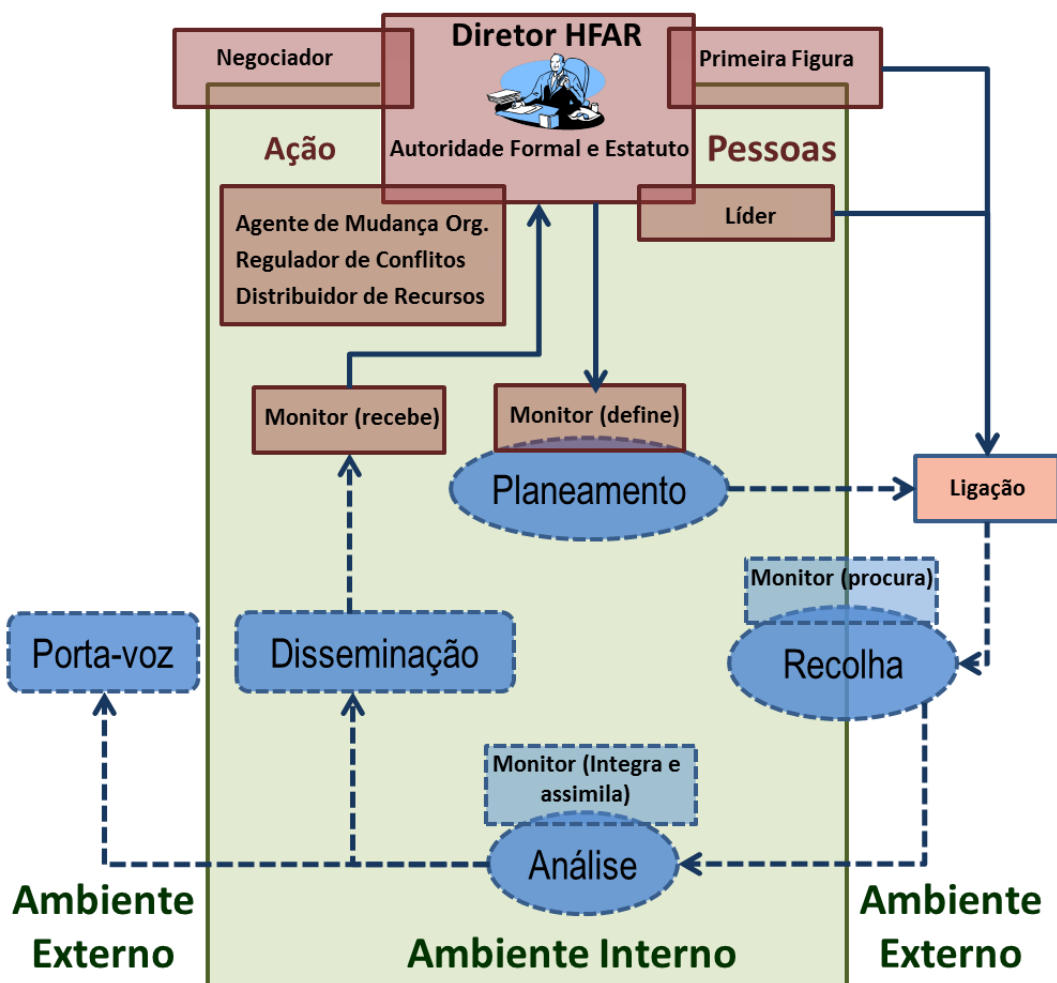


Figura n.º 13 – Modelo integrado da CI e do papel do diretor do HFAR

Fonte: Elaboração própria

Esta integração permite que o diretor se concentre nas dimensões que o painel avaliou como mais importantes, libertando as relacionadas com a informação para outros profissionais especializados nessa área (representadas a tracejado na figura n.º 13). Assim, garante que a sua ação de condução do hospital à obtenção de vantagens competitivas, será sustentada com a necessária perceção abrangente, constante e atualizada do ambiente interno e externo do hospital.

Em suma, a CI complementa o papel do diretor proposto pelos dois grupos de profissionais tendo por objetivo o aumento da racionalização e competitividade do HFAR, estando validada a quarta hipótese.



*“Nada é permanente, a não ser a mudança” (Héracito).*

## **Conclusões**

O atual ambiente estratégico das Forças Armadas caracteriza-se por uma “...*mutação acelerada e permanente...*” que as coloca “...*perante um elevado grau de incerteza e consequente imprevisibilidade, associado a uma conjuntura de grave crise financeira e económica.*” (Monteiro, 2014, pp. 2-3).

Este ambiente apela à necessidade de se efetuarem intensas e rápidas transformações, que se têm vindo a refletir na reforma do Sistema de Saúde Militar, com particular impacto na componente assistencial ou hospitalar.

A reforma tem sido gizada pela obtenção de maior racionalização e eficiência na utilização dos recursos. Contudo, o HFAR, pela sua natureza assistencial, está exposto a um ambiente marcadamente competitivo, próprio das organizações prestadoras de cuidados de saúde, ficando a sua viabilidade a longo prazo dependente da capacidade de criação de valor para os utentes, de adaptação às mudanças que ocorrem do lado da oferta, da procura, das parcerias com outras instituições e às mudanças políticas e sociais.

Face ao exposto ao longo do trabalho, e como síntese da resposta à pergunta de partida, conclui-se que o papel do diretor, que melhor contribuirá para conduzir futuramente o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização, é aquele que integrar por ordem decrescente de importância as seguintes dimensões:

- 1.<sup>a</sup> Líder
- 2.<sup>a</sup> Agente mudança
- 3.<sup>a</sup> Primeira figura
- 4.<sup>a</sup> Negociador
- 5.<sup>a</sup> Distribuidor de recursos
- 6.<sup>a</sup> Regulador de conflitos
- 7.<sup>a</sup> Ligação
- 8.<sup>a</sup> Monitor
- 9.<sup>a</sup> Disseminador
- 10.<sup>a</sup> Porta-voz

As três dimensões do papel do gestor consideradas menos importantes são todas da área *informacional*. O diretor para exercer o seu papel de gestor estratégico do HFAR (Polo de Lisboa e Polo do Porto) necessita de ter uma perceção abrangente, constante e atualizada que integre o ambiente externo e o interno. Deste modo, conclui-se que aquele papel deverá ser complementado com os princípios da *competitive intelligence*, executados



por especialistas, libertando o diretor para a condução estratégica da organização, tendo em vista um hospital mais racional e competitivo.

As organizações não podem apenas olhar para o futuro, têm de o antecipar. Têm de olhar para além das atividades internas e integrar os fatores do ambiente externo. Só com um pleno aproveitamento do conhecimento individual e organizacional e com a disponibilização constante de *intelligence* oportuna, que promova a tomada de decisão informada, é que a organização pode alcançar vantagem competitiva sustentável.

A sustentabilidade das organizações a longo prazo tem de ser alcançada com um desempenho acima da média, em que a produção de resultados está diretamente dependente de gestores competentes (Drucker, 2008, pp. 3-4), responsáveis pelo contínuo e proativo ajustamento da organização ao ambiente cada vez mais competitivo e imprevisível.

Os gestores estratégicos necessitam de compreender o presente e perspetivar o futuro, através da interpretação antecipada dos sinais que alertem para a mudança. Têm de estar conscientes que o ambiente influencia a estratégia e qualquer tipo de mudança pode determinar o futuro da organização, gerando oportunidades e/ou ameaças para as organizações, devendo os gestores perguntar a si mesmos: “Que informações preciso para desempenhar o meu trabalho e onde poderei obtê-las?” (Drucker, 2008, p. 246).

As pressões de trabalho do gestor têm-se agravando, com os fatores de ordem interna e as influências externas a exigir uma maior atenção. Atualmente os gestores necessitam de apoio, mais do que em qualquer outro momento, e uma das formas de contribuir para um melhor desempenho do gestor é perceber e identificar o que é realmente o seu trabalho. Foi este o propósito da observação realizada por Mintzberg (1973) que concluiu que os gestores de topo desempenhavam um papel que se podia dividir em dez dimensões diferentes, mas profundamente inter-relacionadas, agrupadas em três áreas, da seguinte forma:

- Interpessoal (Primeira figura, Líder, Ligação);
- Informação (Monitor, Disseminador, Porta Voz);
- Decisão (Agente de mudança organizacional, Regulador de conflitos, Distribuidor de recursos, Negociador).

Para este autor os gestores de topo estão investidos numa autoridade formal sobre toda a organização que comandam, o que lhes proporciona um estatuto especial que lhes gera variadas relações interpessoais, destas advém o acesso à informação, que por sua vez



permite ao gestor tomar decisões e definir a estratégia para a sua organização (Mintzberg, 1973).

Os gestores não dão igual atenção às dez dimensões, terão de as equilibrar da forma que considerem mais adequada para desempenhar eficazmente o seu trabalho e contribuir para a organização aumentar a competitividade e atingir os seus objetivos.

Este equilíbrio é um fator de diferenciação crítico para o sucesso de todos os tipos de organizações, sejam privadas, públicas, com ou sem fins lucrativos, ao qual as FFAA não estão imunes. É-lhes requerido, com intensidade crescente, o cumprimento eficaz da sua missão com uma gestão eficiente e eficaz dos recursos atribuídos, aspetos que poderão ser atingidos proporcionando aos comandantes militares as estratégias e os modelos de gestão adequados.

Assim, o objetivo central da investigação consistiu na definição de um modelo de gestão e de comunicação que proporcione um melhor desempenho do HFAR e o conduza no futuro a níveis superiores de competitividade e de racionalização.

Pela vastidão temática associada ao trabalho de investigação, considerou-se necessário proceder a um breve, mas suficientemente abrangente, enquadramento concetual da problemática em estudo e delimitar o âmbito de aplicação ao papel do diretor do HFAR, ou dos membros da direção em quem ele delegar.

O trabalho de investigação foi desenvolvido e estruturado segundo a metodologia hipotético-dedutiva proposta por Quivy e Campenhoudt (2008). Na primeira fase, da rutura, foi elaborada a pergunta de partida orientadora de toda a investigação:

**Qual o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas, que melhor contribuirá para o conduzir futuramente a níveis superiores de competitividade e de racionalização?**

Desta pergunta resultaram as seguintes perguntas derivadas:

**PD1:** Quais as dimensões desse papel mais valorizadas pelos profissionais que desempenham funções na área da saúde militar?

**PD2:** Quais as dimensões desse papel mais valorizadas pelos profissionais que não desempenham funções na área da saúde militar?

**PD3:** Existirá concordância entre estes dois grupos de profissionais, relativamente ao papel a desempenhar no futuro pelo diretor do Hospital das Forças Armadas?

**PD4:** Existirá alinhamento entre a *competitive intelligence* e o papel do diretor do Hospital das Forças Armadas?



Na fase de construção foi definido o corpo de conceitos e formuladas as hipóteses e por fim, na fase de verificação, realizou-se a recolha, seleção e análise da informação, para testar as hipóteses e responder às perguntas derivadas e de partida.

Para atingir o objetivo definido considerou-se que o modelo do papel do gestor proposto por Mintzberg era o mais adequado. A recolha da informação sobre o papel do diretor do HFAR seguiu a via empírica, utilizando um painel de peritos pluridisciplinar e diversificado, dividido em dois grupos, um associado à visão interna do hospital (profissionais com desempenho de funções na área da saúde – grupo *saúde*) e o outro de cariz externo (sem essa experiência – grupo *não saúde*). Recorreu-se à técnica de *Delphi*, tendo por base a asseveração de que a visão conjunta e consensual dum painel sobre determinado problema, proporciona melhores resultados do que a visão individual.

A exploração da técnica ocorreu em duas voltas através da aplicação dum questionário, proporcionando aos peritos informação de retorno da volta anterior. Para avaliar a concordância do painel foi utilizado o  $w$  de *Kendall*, adequado a escalas ordinais não paramétricas.

Da informação recolhida na **primeira volta** pode-se salientar o seguinte:

- Elevada dispersão das respostas, que se pode inferir do nível de concordância atingido ( $w=0,133$  – grupo *saúde*;  $w=0,113$  – grupo *não saúde*;  $w=0,113$  – painel);
- Tendência para avaliar a área *informação* como a menos importante, com exceção da dimensão *monitor*;
- As dimensões da área *interpessoal* têm melhor avaliação no grupo *saúde*, enquanto as da *decisão* são melhor avaliadas pelo grupo *não saúde*;
- Divergência assinalável entre os dois grupos na avaliação das dimensões *primeira figura*, *distribuidor de recursos* e *regulador de conflitos* (*saúde* – 3.<sup>a</sup>, 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> e *não saúde* – 6.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> posição, respetivamente).

Apesar da questão colocada ao painel pretender uma visão a longo prazo, os respondentes tendem a expressar a sua opinião do curto prazo. Esta divergência poderá suscitar, entre outras, as seguintes questões:

- Grupo *saúde*:
  - Poderá a valorização da *primeira figura* manifestar alguma debilidade ou problemas internos de natureza legal ou social, que carecem dum maior empenho do diretor?



- Pretenderá uma liderança de referência, mais presente e mais forte?
- Estará o grupo pouco sensibilizado para a necessidade duma gestão eficiente e eficaz dos recursos?
- Grupo *não saúde*:
  - Estará a valorização da *distribuição de recursos* associada à noção de que a conjuntura das FFAA exige fortes medidas de racionalização, de eficiência e eficácia?
  - Pretenderão com a avaliação atribuída às dimensões *distribuição de recursos* e *regulador de conflitos* sugerir a necessidade da adoção de medidas que conduzam a níveis superiores de acessibilidade aos cuidados de saúde?

Na **segunda volta**, observou-se em ambos os grupos um aumento significativo do nível de concordância na ordenação das dimensões do papel do diretor, o que permitiu validar as primeira, segunda e terceira hipóteses.

É de salientar o seguinte:

- Ambos os grupos aumentaram o nível de concordância ( $w=0,452$  – grupo *saúde*;  $w=0,407$  – grupo *não saúde*;  $w=0,413$  – painel);
- A correlação entre a ordenação final das dimensões dos grupos e do painel também aumentou na segunda volta, o que significa um alinhamento entre a avaliação das dimensões por ambos os grupos;
- Para ambos os grupos a área *interpessoal* é a mais importante, seguida da *decisão* e, por fim, a *informacional*;
- As três dimensões das posições extremas, que poderão ter mais influência no desempenho do papel do diretor são:
  - Mais importantes: (*líder, agente de mudança e primeira figura*);
  - Menos importantes: (*monitor, disseminador e porta-voz*);
- O nível de concordância aumenta quando se avaliam estas seis dimensões em conjunto ( $w=0,550$ ), desce ligeiramente para as três primeiras, mas ainda com concordância ( $w=0,435$ ) e nas três últimas, o painel não revela concordância na sua avaliação ( $w=0,076$ );
- As maiores divergências na ordenação entre os grupos verificam-se nas dimensões:





- *Distribuição de recursos* que é mais valorizada pelo grupo *não saúde*, aconselhando o diretor a envolver-se nas principais decisões relacionadas com a sua gestão, para que o HFAR atinja o desejado aumento da eficiência, racionalização e competitividade:
  - Por um lado, pretenderão um desempenho mais eficiente do HFAR ou uma análise do custo-oportunidade do orçamento que lhe é atribuído – aspetos relacionados com a racionalização;
  - Por outro lado, pretenderão uma melhor distribuição dos recursos que têm maior impacto na acessibilidade dos utentes ao hospital, na sua vertente assistencial – aspetos relacionados com a competitividade;
- *Ligação* é mais valorizada pelo grupo *saúde*, que manifesta uma importância superior para a necessidade do diretor garantir uma rede de contactos exteriores (horizontais) que propiciem informação e canais de intervenção.

Estes resultados, em particular a avaliação da área *informação* (classificação e concordância), poderão significar que o painel teve um entendimento diferente relativamente ao conteúdo e operacionalização das funções da informação da comunicação (interna e externa nos dois Polos do HFAR).

O diretor para desempenhar as dimensões mais valorizadas (*líder, agente de mudança e primeira figura*), para aumentar a competitividade e a racionalização dos recursos do HFAR, tem de reduzir a incerteza associada à tomada de decisão e sustentar a gestão estratégica no conhecimento organizacional e na *intelligence* oportuna sobre o contexto interno e externo.

Deste modo, considerou-se essencial que o papel do diretor, proposto pelo painel, fosse complementado com os princípios da CI, executados por profissionais adstritos a esse fim, libertando-o para se concentrar na gestão estratégica do HFAR, tendo por objetivo maior racionalização dos meios e maior competitividade. Assim, foi validada a quarta hipótese que apontava para a necessidade da *competitive intelligence* complementar o papel do diretor do HFAR.

#### **a. Contributos para o conhecimento**

A atual reforma do Sistema de Saúde Militar terá continuação no futuro. O HFAR assume um papel preponderante neste processo de mudança, o que implica que seja



confrontado com uma série de desafios, desde o controlo de custos, a avaliação e aumento da qualidade dos serviços, as questões relacionadas com a acessibilidade, entre outros. Assim, revela-se de extrema importância a realização de trabalhos de investigação que contribuam com conhecimento, que potencie o HFAR para níveis superiores de competitividade, de forma a conquistar uma imagem de referência junto de todos os seus *stakeholders*.

É de salientar que a utilização da técnica *Delphi* revelou a importância da comunicação, no plano interno e externo, para a gestão do HFAR. Apesar das divergências iniciais que possam existir, as pessoas estão disponíveis para colaborar e encontrar consensos sobre os problemas que lhes sejam colocados, traduzindo-se numa forma de criar estabilidade e diminuir o ruído à gestão. Este tipo de comunicação aproxima as pessoas à organização, mesmo que não se alcance a concordância total, identificar-se-ão soluções equilibradas face às condicionantes existentes e poderá servir, também, para diagnosticar problemas.

Considera-se, assim, que os contributos para o conhecimento foram globalmente nas seguintes áreas:

- Identificação do papel do diretor que melhor contribuirá para conduzir futuramente o hospital a níveis superiores de competitividade e de racionalização;
- Abordagem concetual integrada das linhas temáticas que fundamentam a necessidade das organizações terem uma filosofia de gestão, que integre o ambiente externo, o desempenho interno e a orientação para o futuro;
- O papel do diretor do HFAR pode ser mais eficaz se complementado com os princípios da *CI*;
- O recurso à técnica *Delphi* permitiu concluir que as pessoas estão disponíveis para colaborar na identificação e/ou resolução de problemas da gestão do HFAR;
- A obtenção do consenso atua como facilitadora à efetivação dos atos de gestão estratégica;
- O presente trabalho *per si* pode ser considerado como um processo de *CI*.

É necessário que o HFAR se adeque às constantes mudanças que ocorrem no seu ambiente interno e externo, revendo e melhorando os seus processos e modelos de gestão,



para que consiga alcançar os resultados que garantam a sua consolidação, o aumento de eficiência, da racionalização, da competitividade e uma imagem de referência.

### **b. Considerações de ordem prática e recomendações**

Estando o papel do diretor do HFAR delimitado pelos condicionalismos legais, existem outros fatores no âmbito da sua intervenção, para além desses limites, que poderão e se espera que sejam ajustados, para que a sua gestão estratégica conduza o hospital a níveis mais elevados de racionalização e de competitividade.

Em suma, pretende-se que o presente trabalho de investigação seja um valor acrescentado e uma referência disponível e útil para o exercício futuro do cargo de diretor do HFAR e, deste modo, seja mais um contributo, embora que indireto, para o aumento da competitividade do Hospital.

Assim, considera-se oportuno tecer as seguintes recomendações:

- **IESM**
  - Facultar o presente trabalho de investigação ao HFAR;
  - Propor temas de trabalho de investigação direcionados para o estudo dos modelos de gestão, dos processos de tomada de decisão e da aplicação da *CI* nas Forças Armadas;
- **Hospital das Forças Armadas:**
  - Avaliação pelo diretor do HFAR da pertinência de integrar no seu papel, as dimensões segundo a ordem de importância proposta pelo painel *Delphi*;
  - Inclusão dos princípios da *CI* na avaliação do ambiente do hospital, para proporcionar uma tomada de decisão informada;
  - Utilização de técnicas iterativas de comunicação (ex. painel *Delphi*) junto dos profissionais do Hospital e respetiva população-alvo, de forma a diagnosticar e resolver problemas, obtendo a aproximação de expectativas e consensos, que permitam uma gestão mais eficaz e eficiente do Hospital, com minimização de ruído à gestão;
  - Análise com recurso à *CI*, das razões associadas à ausência de concordância na avaliação das dimensões da área informação, para melhorar o processo de comunicação do hospital no seu todo;
  - Perspetivar o aumento da concordância na ordenação das dimensões através da *CI*.



Em síntese, o trabalho abordou a competitividade do HFAR e a sua racionalização, centrando-se no papel do diretor e da sua complementaridade com a *competitive intelligence*. A reforma do Sistema de Saúde Militar é um processo sem retorno, com a consequente consolidação do HFAR, pelo que neste momento o rigor e a exigência são os principais desígnios a perseguir por todos os profissionais e em particular pelo diretor, para em conjunto trilharem o caminho do sucesso.



## Bibliografia

- ABRAIC, 2013. *Associação Brasileira dos Analistas de Inteligência Competitiva*. [Em linha]  
Disponível em:  
[http://www.abraic.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=57](http://www.abraic.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=57)  
[Consult. 18 dezembro 2013].
- Ackoff, R., 1989. From Data to Wisdom. *Journal of Applied Systems Analysis*, Volume N.º 16, pp. 3-9.
- Aguiar-Branco, J. P. C. d., 2012. *Governo de Portugal / Ministério da Defesa Nacional - Intervenção do Ministro da Defesa Nacional, José Pedro Aguiar-Branco, na tomada de posse da Direção do Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas*. [Em linha]  
Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/687402/20120904\\_mdn\\_hospital.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/687402/20120904_mdn_hospital.pdf)  
[Consult. 27 junho 2014].
- Amaral, P. C. d., 2008. *Top Secret*. Cruz Quebrada: Academia do Livro.
- Andrews, K. R., 1971. *The Concept of Corporate Strategy*. Illinois: Dow Jones-Irwin, Inc..
- Assembleia da República, 2009. *Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (Lei Orgânica n.º 1-A/2009, D.R. n.º 129, Suplemento, Série I, de 07 de julho)*. Lisboa: Diário da República.
- Bentes, M., 2007. A gestão estratégica nos hospitais passo a passo. *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares - Gestão Hospitalar*, junho, Volume N.º 27, pp. 22-28.
- Bernhardt, D., 2003. *Competitive Intelligence: How to acquire and use corporate intelligence and counter-intelligence*. London: Pearson Education.
- Brody, R., 2008. *Issues in Defining Competitive Intelligence: An Exploration*. [Em linha]  
Disponível em:  
[http://www.scip.org/files/JCIM/02.%20JCIM%204.3%20Brody%20\(WEB\).pdf](http://www.scip.org/files/JCIM/02.%20JCIM%204.3%20Brody%20(WEB).pdf)  
[Consult. 18 dezembro 2013].
- Bromiley, P. & Rau, D., 2010. Risk Taking and Strategic Decision Making. In: P. C. Nutt & D. C. Wilson, edits. *Handbook of decision making*. West Sussex: Wiley, pp. 307-326.
- Cardoso, P., 2004. *As informações em Portugal*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Carroll, L., s.d.. *Alice's Adventures in Wonderland*. [Em linha]  
Disponível em: <http://www.bosonbooks.com/boson/oldies/Alice.pdf>  
[Consult. 22 julho 2014].
- Carvalho, L. F. C. d. A., 2009. *A Gestão da Informação e do Conhecimento nas Forças Armadas. Desafios Futuros*, s.l.: s.n.
- Chiavenato, I., 2004. *Introdução à teoria geral da administração*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Ltda.
- Choo, C. W., 2003. *Gestão de Informação para a Organização Inteligente - A arte de explorar o meio ambiente*. Lisboa: Caminho.



- Conselho de Ministros, 2009. *Aprova a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 234/2009, D.R. n.º 179, Série I, de 15 de setembro)*. Lisboa: Diário da República.
- Daft, R., Kendrik, M. & Vershinina, N., 2010. *Management*. Singapore: Cengage Learning EMEA.
- Dalkey, N. C., 1969. *The Delphi Method: an Experimental Study of Group Opinion*, Santa Monica, California: The Rand Corporation.
- Dalkey, N. & Helmer, O., 1962. *An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts*, Santa Monica - California: The Rand Corporation.
- Domingues, A. P. M., 2009. *Gestão do Conhecimento organizacional enquanto mudança de paradigma na Gestão. Sua aplicação às Forças Armadas Portuguesas*, Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares.
- Drew, C. H., Duivenboden, J. v. & Bonnefoy, X., 2000. *Environmental health services in Europe 5: guidelines for evaluation of environmental health services*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 90).
- Drucker, P. F., 2008. *Management, Revised Edition*, New York: HarperCollins ebooks.
- Eiriz, V., Barbosa, N. & Figueiredo, J., 2010. A conceptual framework to analyse hospital competitiveness. *The Service Industries Journal*, março, Volume 30, N.º 3, pp. 437-448.
- Harrison, E. F., 1995. *The Managerial Decision-Making Process*. Fourth edition ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Harris, R., 1998a. *Introduction to Decision Making, Part 1*. [Em linha] Disponível em: <http://www.virtualsalt.com/crebook5.htm> [Consult. 18 dezembro 2013].
- Harris, R., 1998b. *Decision Making Techniques*. [Em linha] Disponível em: <http://virtualsalt.com/crebook6.htm> [Consult. 18 dezembro 2013].
- Hasanali, F., Leavitt, P., Lemons, D. & Prescott, J. E., 2004. *Competitive Intelligence: A Guide for Your Journey to Best-practice Processes*. Texas: APQC Publications.
- Hill, M. M. & Hill, A., 2002. *Investigação por Questionário*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jorge, J. P. G. A., 2009. *A importância da competitive intelligence no processo de tomada de decisão*, Lisboa: s.n.
- Kahaner, L., 1996. *Competitive Intelligence - how to gather, analyze, and use information to move your business to the top*. New York: Simon & Schuster Inc..
- Katz, R. L., 1955. Skills of an effective administrator. *Harvard Business Review*, January-February, pp. 33-42.
- Katz, R. L., 1989. Skills of an Effective Administrator. In: H. Levinson, ed. *Designing and Managing Your Career*. Boston: Harvard Business School Press, pp. 32-46.
- Kendall, M. G., 1970. *Rank Correlation Methods*. 4.<sup>a</sup> ed. London: Charles Griffin.



Linstone, H. A. & Turoff, M., 1975. Introduction, General Remarks. In: H. A. Linstone & M. Turoff, eds. *The Delphi Method - Techniques and Applications*. Boston: Addison-Wesley Publishing, pp. 2-14.

McKee, M. & Healy, J., 2002a. The significance of hospitals: an introduction. In: M. McKee & J. Healy, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series, pp. 3-13.

McKee, M., Healy, J., Edwards, N. & Harrison, A., 2002b. Pressures for change. In: M. McKee & J. Healy, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series, pp. 36-58.

Miller, S. H., 2001. *Competitive Intelligence - an overview*. [Em linha] Disponível em: <http://www.ventes-marketing.com/References/Intelligence%20concurrentielle/Articles/CI%20Overview.pdf> [Consult. 30 janeiro 2014].

Ministério da Defesa Nacional - Gabinete do Ministro, 2010. *Hospital das Forças Armadas - Grupo de Trabalho (Despacho n.º 10825/2010, D.R. n.º 126, Série II de 01 de julho)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional - Gabinete do Ministro, 2011. *Localização do Hospital das Forças Armadas (Despacho n.º 16437/2011, D.R. n.º 232, Série II de 05 de novembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2009. *Aprova a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 234/2009, D.R. n.º 179, Série I, de 15 de setembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2012a. *Cria o Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 187/2012, D.R. n.º 158, Série I, de 16 de agosto)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2012b. *Estabelece a estrutura orgânica e a estrutura funcional do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas, bem como os princípios de gestão que lhe são aplicáveis (Decreto Regulamentar n.º 51/2012, D.R. n.º 238, Série I, de 10 de dezembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2012. *Cria o Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 187/2012, D.R. n.º 158, Série I, de 16 de agosto)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2012. *Estabelece a estrutura orgânica e a estrutura funcional do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas, bem como os princípios de gestão que lhe são aplicáveis (Decreto Regulamentar n.º 51/2012, D.R. n.º 238, Série I, de 10 de dezembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2013. *Regulamento Interno do Polo de Lisboa do HFAR (Despacho n.º 5566/2013, D.R. n.º 82, Série II de 29 de abril)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2014a. *Reforma do Sistema de Saúde Militar (Despacho n.º 2943/2014, D.R. n.º 37, Série II de 21 de fevereiro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2014b. *Cria o Hospital das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 84/2014, D.R. n.º 101, Série I de 27 de maio)*. Lisboa: Diário da República.





- Mintzberg, H., 1973. *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper and Row Publishers, Inc.
- Mintzberg, H., 1990. The Manager's Job: Folklore and Fact. *Harvard Business Review*, Volume March-April, pp. 2-16.
- Montana, P. J. & Charnov, B. H., 2008. *Management*. 4 th ed. New York: Barron's Educational Series.
- Monteiro, G. A. N. P., 2014. *Estado-Maior-General das Forças Armadas*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emgfa.pt/documents/bsnm819gd53k.pdf> [Consult. 10 fevereiro 2014].
- Mullins, L. J., 2010. *Management & Organisational Behaviour*. 9.<sup>a</sup> ed. Harlow, England: Prentice Hall, Financial Times.
- Nicolau, I., 2005. A gestão do conhecimento como instrumento para a estratégia competitiva. *Economia Global e Gestão*, pp. 21-44.
- Nonaka, I., 2007. The Knowledge-Creating Company. *Managing for the long term*, July–August.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H., 1997. *Criação do conhecimento na empresa*. 1 ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Nutt, P. C. & Wilson, D. C., 2010. Crucial Trends and Issues in Strategic Decision Making. In: P. C. Nutt & D. C. Wilson, edits. *Handbook of decision making*. West Sussex: Wiley, pp. 3-30.
- Nworie, J., 2011. Using the Delphi Technique in Educational Technology Research. *TechTrends*, September/October, Volume 55 - Número 5, pp. 24-30.
- Pardal, L. & Correia, E., 1995. *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. 1<sup>a</sup> ed. Porto: Areal Editores.
- Parker, K. R. & Nitse, P. S., 2011. Competitive intelligence gathering. In: D. G. Schwartz & D. Te'eni, edits. *Encyclopedia of knowledge management*. 2nd ed. ed. Hershey: IGI Global, pp. 103-111.
- Pereira, A. M., 2009. *A Medição da Competitive Intelligence - CI: Desafio para as Organizações*, Guimarães: s.n.
- Pew Health Professions Commission, 1998. *Recreating Health Professional Practice for a New Century*. [Em linha] Disponível em: [http://futurehealth.ucsf.edu/Content/29/1998-12\\_Recreating\\_Health\\_Professional\\_Practice\\_for\\_a\\_New\\_Century\\_The\\_Fourth\\_Report\\_of\\_the\\_Pew\\_Health\\_Professions\\_Commission.pdf](http://futurehealth.ucsf.edu/Content/29/1998-12_Recreating_Health_Professional_Practice_for_a_New_Century_The_Fourth_Report_of_the_Pew_Health_Professions_Commission.pdf) [Consult. 21 janeiro 2014].
- Porter, M., 1989. *Vantagem Competitiva*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O., 2006. *Redefining Health Care - Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Presidência do Conselho de Ministros, 2008. *Aprova as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, D.R. n.º42, Série I, de 28 de fevereiro)*. Lisboa: Diário da República.





Presidência do Conselho de Ministros, 2013. *Aprova as linhas de orientação para a execução da reforma estrutural da defesa nacional e das Forças Armadas, designada por Reforma «Defesa 2020» (Resolução do Conselho de Ministros n.º 26/2013, D.R. n.º 77, Série I, de 19 de abril)*. Lisboa: Diário da República.

Prior, V., 2009. *Glossary of Terms Used in Competitive Intelligence and Knowledge Management*. [Em linha] Disponível em: <http://www.scip.org/files/resources/prior%20intelligence%20glossary%2009oct.pdf> [Consult. 30 janeiro 2014].

Quivy, R. & Campenhoudt, L., 2008. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rascão, J., 2008. *Novos Desafios da Gestão da Informação*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Reis, V. M. P. d., 1986. *O Papel do Administrador Principal no Hospital Português*, Lisboa: ENSP.

Reis, V. P., 2007. *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. 1ª ed. Lisboa: Gráfica Europam.

Ribeiro, A. S., 2009. *Teoria geral da estratégia: o essencial ao processo estratégico..* Coimbra: Almedina.

Rothberg, H. N. & Erickson, G. S., 2005. *From knowledge to intelligence: creating competitive advantage in the next economy*. Amsterdam: Elsevier Inc..

Shelfer, K., 2000. The Intersection of Knowledge Management and Competitive Intelligence: Smartcards and Electronic Commerce. In: T. K. Srikantaiah & M. E. D. Koenig, edits. *Knowledge management for the information professional*. New Jersey: ASIS monograph series, pp. 419-442.

Siegel, S., 1956. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc..

Silva, P. d. R. P. A. C., 2014a. *Discurso do Presidente da República na Tomada de Posse do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas*. [Em linha] Disponível em: <http://www.presidencia.pt/?idc=22&idi=80825> [Consult. 19 fevereiro 2014].

Silva, P. d. R. P. A. C., 2014b. *Discurso do Presidente da República nas Cerimónias Militares das Comemorações do Dia de Portugal, de Camões e das Comunidades Portuguesas*. [Em linha] Disponível em: <http://www.presidencia.pt/?idc=22&idi=85041> [Consult. 22 junho 2014].

Simon, H. A. & Associates, 1986. *Decision Making and Problem Solving*. [Em linha] Disponível em: <http://www.dieoff.com/page163.htm> [Consult. 01 dezembro 2012].

Starkweather D. B., G. L. N. R., 1975. Delphi forecasting of health care organization. *Inquiry*, 12 Mar, pp. 37-46.

Taborda, J. P. & Ferreira, M. D., 2002. *Competitive Intelligence, Conceitos, Práticas e Benefícios*. 1ª ed. Cascais: Pregaminho.

Teixeira, S., 2011. *Gestão estratégica*. Lisboa: Escolar Editora.



Turoff, M., 1975. The Policy Delphi. In: H. A. Linstone & M. Turoff, edits. *The Delphi Method - Techniques and Applications*. Boston: Addison-Wesley Publishing, pp. 80-96.

Wheelen, T. L. & Hunger, J. D., 2012. *Strategic Management and Business Policy - Toward Global Sustainability*. 13<sup>a</sup> ed. Boston: Pearson.

Zorrinho, C., Serrano, A. & Lacerda, P., 2003. *Gerir em Complexidade - Um Novo Paradigma da Gestão*. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo.



## **Apêndice A – Enquadramento legal do Hospital das Forças Armadas**

A Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (LOBOFA) (Assembleia da República, 2009, p. 4344) e a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas (LOEMGFA) (Conselho de Ministros, 2009, p. 6444) consagraram a criação do HFAR enquanto hospital militar único, devendo o mesmo ficar organizado em dois polos hospitalares, um no Porto e outro em Lisboa, como corolário do processo de reestruturação hospitalar nas FFAA, preconizado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro.

Pretendendo-se a substituição dos quatro estabelecimentos hospitalares militares existentes na região sul do país (Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Belém e Hospital da Força Aérea), concentrados em Lisboa, pelo Polo de Lisboa do HFAR (HFAR/PL), foi criado, pelo Despacho n.º 10825/2010, de 16 de junho, do Ministro da Defesa Nacional, um grupo de trabalho que apresentou superiormente uma proposta de programa funcional, identificando a população a servir pelo HFAR/PL, os serviços a prestar e os recursos materiais imprescindíveis ao seu pleno funcionamento.

Através do Despacho n.º 16437/2011, de 4 de novembro, do Ministro da Defesa Nacional, foi decidido implementar o HFAR/PL no espaço físico ocupado pelo Hospital da Força Aérea. Posteriormente, o HFAR/PL foi criado juridicamente através do Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto, absorvendo todas as atribuições e competências das quatro unidades hospitalares extintas, através dum processo de fusão, a decorrer num prazo máximo de vinte e quatro meses, cuja responsabilidade e coordenação foi atribuída a uma direção criada para o efeito, na dependência direta do membro do Governo responsável pela área da defesa nacional (MDN, 2012a, pp. 4491-4492).

O processo de fusão foi dado por concluído a 31 de dezembro de 2013, após decorrerem cerca de dezoito meses, com o encerramento efetivo dos Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Belém e Hospital da Força Aérea. Findo este processo, o Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio, veio criar efetivamente o HFAR, constituído por dois Polos, um no Porto (HFAR/PP), outro em Lisboa (HFAR/PL), na dependência direta do CEMGFA. A direção do HFAR é composta pelo diretor, diretor clínico, subdiretor para o HFAR/PL e subdiretor para o HFAR/PP (MDN, 2014a, pp. 5387-5388; MDN, 2014b, pp. 2960-2961).

O artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio, define que o HFAR “*tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes.*” E tem por atribuições:



- “a) Prestar cuidados de saúde aos militares das Forças Armadas, independentemente da forma de prestação de serviço e da situação;*
- b) Prestar cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas;*
- c) Colaborar no aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas ou outras missões fora do território nacional;*
- d) Colaborar na formação e treino do pessoal de saúde que integra as Forças Nacionais Destacadas e outras missões fora do território nacional;*
- e) Colaborar nos processos de seleção e inspeção médica dos militares das Forças Armadas;*
- f) Assegurar o provimento dos quadros técnicos de cuidados diferenciados em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades dos ramos das Forças Armadas;*
- g) Promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde;*
- h) Assegurar ao pessoal de saúde as condições necessárias ao ensino, formação e treino pós-graduado e à formação em contexto de trabalho, na vertente hospitalar;*
- i) Apoiar ações de formação e de investigação e cooperar com instituições de ensino nestes domínios;*
- j) Articular com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde e com as autoridades de proteção civil as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe;*
- k) Promover a cooperação com estabelecimentos de saúde de países terceiros, principalmente no espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.”*

Até à conclusão deste trabalho, não tinha sido publicado o Decreto Regulamentar com a definição dos princípios de gestão, estrutura orgânica e a estrutura funcional, bem como as competências dos respetivos órgãos, em particular dos elementos da direção.

Contudo, até à sua publicação, mantém-se em vigor, a estrutura orgânica e a estrutura funcional do HFA/PL, bem como os princípios de gestão que lhe são aplicáveis e que estão definidos no Decreto Regulamentar n.º 51/2012, de 10 de dezembro. Salienta-se, deste diploma, os níveis de gestão definidos no artigo 17.º:

*“1 — O Polo de Lisboa do HFAR adota um modelo de gestão participada, que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional e que assenta na contratualização interna de objetivos e meios.*

*2 — Ao diretor do Polo de Lisboa do HFAR compete, ouvidos os restantes membros da direção, definir a estratégia, estabelecer os objetivos, consolidar os projetos e assegurar a sua execução, monitorização e controlo.*

*3 — Às áreas de atividade previstas no capítulo III do presente decreto*



*regulamentar cabem, enquanto nível intermédio de gestão, a transposição da estratégia, objetivos e metas do Polo para planos de atividade e orçamentos contratualizados com a direção e coordenar a sua execução pelos serviços que as constituem.*

*4 — A gestão operacional cabe aos serviços, de acordo com os objetivos e metas estabelecidos pelo diretor para a respetiva área.”*

As competências do diretor do HFAR/PL estão enumeradas em diversos diplomas, destacando-se as definidas no artigo 5.º do Despacho n.º 5566/2013, de 29 de abril:

*“a) Submeter o plano e o relatório de atividades e o respetivo orçamento à aprovação do membro do Governo responsável pela área da defesa nacional;*

*b) Propor ao membro do Governo responsável pela área da defesa nacional a celebração de contratos-programa, de acordo com a legislação em vigor;*

*c) Definir, ouvidos os restantes elementos da direção, as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do Polo nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação ou alteração da sua lotação;*

*d) Nomear, por despacho, os chefes dos departamentos, dos serviços hospitalares, das unidades funcionais e das unidades integradas e do Centro Militar de Medicina Preventiva, sob proposta do diretor clínico;*

*e) Acompanhar e avaliar de uma forma sistemática a atividade desenvolvida, responsabilizando os diversos setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos de qualidade dos serviços prestados;*

*f) Homologar os pareceres da comissão de ética para a saúde no âmbito da realização de ensaios clínicos e terapêuticos;*

*g) Acompanhar a execução do orçamento aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;*

*h) Autorizar as despesas com aquisição de bens e serviços até ao valor máximo legal permitido;*

*i) Representar o Polo em atos oficiais e em juízo;*

*j) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;*

*k) Coordenar a articulação entre a direção e as estruturas de saúde dos ramos nos assuntos relativos aos recursos humanos e materiais, a que se refere o n.º 4 do artigo 4.º do Decreto Regulamentar n.º 51/2012, de 10 de dezembro.”*



## Apêndice B – Corpo de conceitos

Ambiente externo	São os fatores fora da organização com os quais ela interage, influenciando-se mutuamente.
Ambiente interno	São os fatores dentro da organização que constituem os seus recursos.
Competitividade	Intensidade com que as organizações competem entre si num determinado mercado ou setor de atividade.
Conhecimento	É uma mistura fluida de experiência enquadrada, valores, informação contextual, e visão especializada que oferece um esquema para avaliar e incorporar novas experiências e informação; nas organizações, aparece frequentemente embebido não só em documentos ou repositórios mas também nas rotinas organizacionais, nos processos, práticas e normas (Davenport, et al., 1998, cit. por Domingues, 2009, pp. 1-1).
Conhecimento Organizacional	É a capacidade da organização criar um novo conhecimento e difundi-lo na organização como um todo, incorporando-o assim nas suas atividades, desempenho, produtos e sistemas (Nonaka, et al., 1997).
Competitividade	Capacidade da organização em obter um desempenho superior que a conduza a uma posição de vantagem competitiva (Eiriz, et al., 2010, p. 427).
Decisões estratégicas	São as que estão ao mais alto nível, definem a orientação, os objetivos e os valores de longo prazo. Estas decisões são as menos estruturadas e mais imaginativas, pois são as que têm associado um maior risco e um retorno mais incerto. Estão preocupadas, principalmente, com problemas externos ou com problemas que envolvem toda a empresa e o seu meio ambiente (Harris, 1998b; Montana, et al., 2008, pp. 94-95).
Decisões não programadas	Decisões em que não há uma solução rotineira para resolver um problema que nunca tenha ocorrido antes, devido à sua natureza única ou à sua estrutura complexa ou importância. Constituem novidade e são pouco estruturadas (Simon, 1960, cit. por Harrison, 1995, pp. 17-18).
Decisões operacionais	Decisões tomadas todos os dias, utilizadas para apoiar as decisões táticas. São as mais estruturadas e são, normalmente, tomadas sem qualquer deliberação. O seu impacto é imediato, de curto prazo e reduzido alcance. Visam maximizar a eficiência do processo de conversão dos recursos, ou maximizar o retorno de operações diárias (Harris, 1998b; Montana, et al., 2008, pp. 94-95).
Decisões programadas	São decisões repetitivas e rotineiras. Se um problema ocorre com frequência será identificado e implementado um procedimento de rotina para o resolver (Simon, 1960, cit. por Harrison, 1995, pp. 17-18).



Decisões táticas	São as que apoiam as decisões estratégicas, tendem a ser de médio prazo e de significância e consequências moderadas. Estão preocupadas com a estruturação dos recursos da empresa, para criar alternativas de execução, ao nível departamental, visando atingir os melhores resultados (Harris, 1998b; Montana, et al., 2008, pp. 94-95).
Gestão do conhecimento	Conjunto de iniciativas coordenadas, interligadas, alinhadas com a estratégia organizacional, e que visam promover a aquisição, criação, arquivo, recuperação, partilha, avaliação e utilização de conhecimento (Neves, 2003, cit. por Domingues, 2009, 1-2).
Gestor	Alguém responsável pela totalidade ou por parte identificável duma organização.
Incerteza	Falta de conhecimento do potencial resultado de uma decisão.
Informação	Quaisquer comunicações ou representação de conhecimento tais como factos, dados, ou opiniões em qualquer meio ou formato, incluindo os formatos textual, numérico, gráfico, cartográfico, narrativo, ou audiovisual. (NIMP cit. por Carvalho, 2009, pp.I-1).
<i>Competitive Intelligence</i>	<p>“O processo de monitorização do ambiente competitivo e análise das “descobertas” associadas às questões internas, com o propósito de apoiar o processo de tomada de decisão. A <i>CI</i> capacita os gestores seniores em empresas de qualquer dimensão a tomar decisões mais informadas sobre tudo, desde marketing, investigação e desenvolvimento e táticas de investimento, até às estratégias de negócios de longo prazo. A <i>CI</i> efetiva é um processo contínuo que envolve a recolha, respeitando os aspetos legais e éticos, de informação, análise que não evita conclusões indesejadas, e disseminação controlada de <i>intelligence</i> que conduz à ação dos decisores.”</p> <p>(Society of Competitive Intelligence Professionals, 2001 cit. por Brody, 2008).</p> <p>ou,</p> <p>Processo sistemático, legal e ético, de recolha e análise de informação relativa à atividade da concorrência e às tendências do mercado global, com o objetivo de levar a organização a atingir os seus objetivos. (Kahaner, 1996, p. 16).</p>
<i>Intelligence</i>	<p>O termo <i>Intelligence</i> (informações) encerra um triplo sentido: como atividade, como produto dessa atividade e como área habilitada a realizar essa atividade.</p> <p><u>Atividade</u> especializada, permanentemente exercida com o objetivo de produzir informação acionável (<i>intelligence</i>) de interesse de uma determinada organização e a salvaguarda desta informação contra ações adversas de</p>



	qualquer natureza (ABRAIC, 2013). <u>Produto</u> : Informação de alto nível, processada e explorável (Prior, 2009).
Papel	“Conjunto de expectativas da organização a respeito do comportamento duma pessoa” (Chiavenato, 2004, p. 6).
Racionalização	Processo de melhorar o desempenho da organização através da adoção de medidas que evitem redundâncias e disfunções, concentração de atividades, designadamente nos domínios da gestão de recursos, agilização dos processos de decisão, assegurando que as estruturas de direção, comando e estado-maior e os serviços administrativos tenham uma dimensão equilibrada face às suas missões, aos níveis e efetivos que dirigem (Presidência do conselho de Ministros, 2008, p. 1329).
Risco	É uma incerteza mensurada.
Tomada de decisão	Estudo de identificação e escolha das alternativas, com base nos valores e preferências do decisor (Harris, 1998a)
Vantagem competitiva	Quando a organização apresenta um desempenho superior à média de mercado, auferindo consequentemente duma eficiência e eficácia também acima da média.





## Apêndice C – O papel do gestor segundo o modelo de Mintzberg

**Tabela n.º 9** – O papel do gestor segundo o Modelo de Mintzberg

Fonte: Adaptado de Mintzberg (1973, pp. 92-93)

Área	Dimensão	Descrição
INTERPESSOAL	Primeira figura	Símbolo. Obrigado a cumprir um conjunto de deveres formais, quer de natureza legal, quer de natureza social.
	Líder	Responsável pela atuação e motivação dos seus colaboradores. Responsável pela integração das atuações individuais com os objetivos organizacionais.
	Ligação	Mantém e desenvolve uma rede de contactos exteriores (horizontais) formais e informais que propiciam informação e canais de intervenção.
INFORMAÇÃO	Monitor	Define, procura e recebe uma ampla variedade de informação interna e externa que deverá integrar e assimilar corretamente na ótica da Instituição. Ele deve ser o centro nervoso de comando da informação interna e externa.
	Disseminador	Transmite a informação integrada e assimilada no interior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.
	Porta-voz	Transmite a informação para o exterior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.
DECISÃO	Agente de mudança organizacional	Concebe, inicia ou desenvolve as principais mudanças implantadas na organização.
	Regulador de conflitos (corretor de desvios)	Desenvolve ações corretivas face a desvios ou conflitos surgidos na atuação da organização.
	Distribuidor de recursos	Responsável pela distribuição de recursos, consubstanciando as tomadas de decisão significativas da organização.
	Negociador	Representante da organização em todas as negociações importantes.



## Apêndice D – Primeira Volta do Painel *Delphi* (e-mail e questionário)

### 1. E-mail

## Competitive Intelligence nas Forças Armadas: Uma aplicação ao Hospital



**Jorge Nunes** <jmfnunes@gmail.com>

5/7/14



to bcc: luisgusmao1, bcc: ruicsousa, bcc: catarina.bessa, bcc: jgoncalves.md, [ ]

Exmos (as). Srs (as).

O presente inquérito decorre no âmbito do Trabalho de Investigação Individual dedicado ao tema "*Competitive Intelligence* nas Forças Armadas: uma aplicação ao Hospital", a realizar pelo Major Jorge Manuel Ferreira Nunes, no âmbito do Mestrado em Ciências Militares - Segurança e Defesa 2013/14, no Instituto de Estudos Superiores Militares.

O inquérito é dirigido a um grupo restrito de participantes que, recorrendo à técnica DELPHI, procurará em dois momentos distintos, criar o consenso possível sobre **quais as dimensões do papel do gestor (modelo de Mintzberg) que melhor contribuirão para a ação do Diretor do Hospital das Forças Armadas, ou dos membros da direção em quem ele delegar, melhorarem o desempenho futuro do Hospital e concomitantemente o aumento de competitividade e a construção de uma imagem de referência.**

Em cada uma das dimensões são apresentadas algumas notas julgadas necessárias à produção dum leque de respostas formalmente homogêneas, sugerindo-se a sua leitura prévia.

Pretende-se a submissão da sua resposta até **15MAI2014**, inclusive.

O inquérito é CONFIDENCIAL e ANÓNIMO. Os dados solicitados serão usados exclusivamente para fins estatísticos, no domínio académico, não se destinando à identificação de quaisquer pessoas que se tenham gentilmente proposto a responder ao presente inquérito.

Link do inquérito: [https://docs.google.com/forms/d/1vd2mhiWwwgZWAKj2UFUswqbEjFZOLUI35kUfchhGNG8/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1vd2mhiWwwgZWAKj2UFUswqbEjFZOLUI35kUfchhGNG8/viewform?usp=send_form)

Antecipadamente grato pela sua colaboração e atenção concedida.

Com os melhores cumprimentos,

Jorge Nunes  
Maj/AdmAer  
Força Aérea



## 2. Questionário

### Competitive Intelligence nas Forças Armadas: uma aplicação ao Hospital.

Apesar de ter sido selecionado para integrar o presente painel tipo DELPHI, que procura estabelecer um consenso sobre a temática apresentada no email, o presente inquérito é CONFIDENCIAL e ANÓNIMO. Os dados solicitados serão usados exclusivamente para fins estatísticos, no domínio académico, não se destinando à identificação de quaisquer pessoas que se tenham gentilmente proposto a responder ao presente inquérito.

\* Required

#### Dados gerais

---

1. **1. Ramo? \***

*Mark only one oval.*

- ☐ Marinha
- ☐ Exército
- ☐ Força Aérea

2. **2. O seu Posto? \***

*Mark only one oval.*

- ☐ Vice-Almirante ou Tenente-General
- ☐ Contra-Almirante ou Major-General
- ☐ Capitão de Mar-e-Guerra ou Coronel
- ☐ Capitão de Fragata ou Tenente-Coronel
- ☐ Capitão-Tenente ou Major
- ☐ Primeiro-Tenente ou Capitão
- ☐ Civil (chefe de área ou serviço)

3. **3. Está ou esteve colocado (nos últimos 10 anos) numa Unidade, Órgão ou Serviço (UOS) diretamente relacionada com a saúde? \***

Colocação, em geral, na Direção de Saúde dos Ramos, no HFAR ou nos hospitais dos Ramos, na Escola do Serviço de Saúde Militar, no Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica, no Centro de Medicina Aeronáutica, nos centros de saúde, etc.

*Mark only one oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não



## Dimensões do papel do diretor do Hospital das Forças Armadas

ORDENE, por ordem decrescente de importância, as DEZ dimensões do papel do gestor (modelo de Mintzberg) abaixo identificadas que melhor contribuirão para a ação do Diretor do Hospital das Forças Armadas o conduzir no futuro a um hospital competitivo e de referência.

(Nota: ORDENAR AS DIMENSÕES SEM HIPÓTESE DE EMPATE)

### 4. Primeira figura \*

Símbolo. Obrigado a cumprir um conjunto de deveres formais, quer de natureza legal, quer de natureza social.

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

### 5. Líder \*

Responsável pela atuação e motivação dos seus colaboradores. Responsável pela integração das atuações individuais com os objetivos organizacionais.

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

### 6. Ligação \*

Mantém e desenvolve uma rede de contactos exteriores (horizontais) formais e informais que propiciam informação e canais de intervenção.

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

### 7. Monitor \*

Define, procura e recebe uma ampla variedade de informação interna e externa que deverá integrar e assimilar corretamente na ótica da Instituição. Ele deve ser o centro nervoso de comando da informação interna e externa.

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante



## 8. Disseminador \*

Transmite a informação integrada e assimilada no interior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

## 9. Porta Voz \*

Transmite a informação para o exterior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

## 10. Agente de mudança organizacional \*

Concebe, inicia ou desenvolve as principais mudanças implantadas na organização.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

## 11. Regulador de conflitos (corretor de desvios) \*

Desenvolve ações corretivas face a desvios ou conflitos surgidos na atuação da organização.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

## 12. Distribuidor de recursos \*

Responsável pela distribuição de recursos, consubstanciando as tomadas de decisão significativas da organização.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante

## 13. Negociador \*

Representante da organização em todas as negociações importantes.

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A mais importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A menos importante





## Apêndice E – Segunda Volta do Painel *Delphi* (e-mail e questionário)

### 1. *E-mail*

#### Competitive Intelligence nas Forças Armadas: Uma aplicação ao Hospital - 2.<sup>a</sup> volta painel DELPHI

Inbox x



Jorge Nunes <jmfnunes@gmail.com>

May 20

to bcc: José, bcc: eduardo, bcc: jbarrosilva, bcc: Paulo, bcc: ALTome, bcc: SPSilve

Exmos (as). Srs (as).

Começo por agradecer a atenção dispensada à minha primeira comunicação, que se refletiu nas respostas submetidas na primeira volta do inquérito tipo DELPHI.

A colaboração que, espero, continuar a receber valorizará significativamente o Trabalho de Investigação Individual dedicado ao tema "Competitive Intelligence nas Forças Armadas: uma aplicação ao Hospital", no âmbito do Mestrado em Ciências Militares - Segurança e Defesa 2013/14, no Instituto de Estudos Superiores Militares.

Relembro que se pretende a obtenção do consenso tão consistente e significativo quanto possível entre os diversos participantes, sobre quais as dimensões do papel do gestor (modelo de Mintzberg) que melhor contribuirão para a ação do Diretor do Hospital das Forças Armadas, ou dos membros da direção em quem ele delegar, melhorarem o desempenho futuro do Hospital e concomitantemente o aumento de competitividade e a construção de uma imagem de referência.

As respostas obtidas na primeira volta permitem identificar níveis de concordância elevados intra e inter grupos relativamente à posição relativa de algumas dimensões, contudo ainda se justifica a renovação deste contacto por uma segunda vez para consolidar essa posição e elevar, na medida do possível, o consenso.

Assim, **apela-se a todos os destinatários deste email que respondam ao questionário**, mesmo aqueles que não tiveram oportunidade de o fazer na primeira volta.

Após entrar no questionário, recomenda-se o seguinte:

- Visualização da ordenação obtida na primeira volta;
- Leitura prévia das dimensões e respetivas notas explicativas;
- Ordenação sequencial das dez dimensões, da mais importante (1.º lugar) até à menos importante (10.º lugar), sem possibilidade de empate.

Pretende-se a submissão desta segunda resposta até **01JUN2014**, inclusive.

Link do inquérito: [https://docs.google.com/forms/d/1DSJndn6u-owJRpHRtpdPaDdd8CBYtuyhJ7eihqbNz8/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1DSJndn6u-owJRpHRtpdPaDdd8CBYtuyhJ7eihqbNz8/viewform?usp=send_form)

Antecipadamente grato pela sua colaboração e atenção concedida.

Com os melhores cumprimentos,

Jorge Nunes  
Maj/AdmAer  
Força Aérea



## 2. Questionário

### Competitive Intelligence nas Forças Armadas: uma aplicação ao Hospital

O presente inquérito corresponde à SEGUNDA VOLTA do painel tipo DELPHI, para o qual foi selecionado a responder, e procura estabelecer um consenso sobre a temática apresentada no email. Relembro que o inquérito é CONFIDENCIAL e ANÓNIMO.

\* Required

#### Dados gerais

---

1. 1. Ramo? \*

Mark only one oval.

- ☐ Marinha
- ☐ Exército
- ☐ Força Aérea
- ☐ Civil

2. 2. O seu Posto? \*

Mark only one oval.

- ☐ Vice-Almirante ou Tenente-General
- ☐ Contra-Almirante ou Major-General
- ☐ Capitão de Mar-e-Guerra ou Coronel
- ☐ Capitão de Fragata ou Tenente-Coronel
- ☐ Capitão-Tenente ou Major
- ☐ Primeiro-Tenente ou Capitão
- ☐ Civil (chefe de área ou serviço)

3. 3. Está ou esteve colocado (nos últimos 10 anos) numa Unidade, Órgão ou Serviço (UOS) diretamente relacionada com a saúde? \*

Colocação, em geral, na Direção de Saúde dos Ramos, no HFAR ou nos hospitais dos Ramos, na Escola do Serviço de Saúde Militar, no Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica, no Centro de Medicina Aeronáutica, nos centros de saúde, etc.

Mark only one oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. 4. Respondeu na primeira volta do questionário? \*

Este questionário corresponde à segunda iteração com o painel tipo DELPHI, do qual faz parte.

Mark only one oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não



## Dimensões do papel do diretor do Hospital das Forças Armadas

### Ordenação obtida na primeira volta:

	3. Colocação em órgão saúde?		Total
	Sim	Não	
Primeira figura	3º	6º	3º
Lider	1º	1º	1º
Ligação	6º	8º	8º
Monitor	5º	7º	7º
Disseminador	9º	9º	9º
Porta Voz	10º	10º	10º
Agente de mudança organizacional	2º	2º	2º
Regulador de conflitos	8º	4º	6º
Distribuidor de recursos	7º	3º	5º
Negociador	4º	5º	4º

#### Descrição das dimensões:

**PRIMEIRA FIGURA** - Símbolo. Obrigado a cumprir um conjunto de deveres formais, quer de natureza legal, quer de natureza social.

**LIDER** - Responsável pela atuação e motivação dos seus colaboradores. Responsável pela integração das atuações individuais com os objetivos organizacionais.

**LIGAÇÃO** - Mantém e desenvolve uma rede de contactos exteriores (horizontais) formais e informais que propiciam informação e canais de intervenção.

**MONITOR** - Define, procura e recebe uma ampla variedade de informação interna e externa que deverá integrar e assimilar corretamente na ótica da Instituição. Ele deve ser o centro nervoso de comando da informação interna e externa.

**DISSEMINADOR** - Transmite a informação integrada e assimilada no interior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.

**PORTA VOZ** - Transmite a informação para o exterior segundo a estratégia definida, atentos os objetivos da organização.

**AGENTE DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL** - Concebe, inicia ou desenvolve as principais mudanças implantadas na organização.

**REGULADOR DE CONFLITOS (CORRETOR DE DESVIOS)** - Desenvolve ações corretivas face a desvios ou conflitos surgidos na atuação da organização.

**DISTRIBUIDOR DE RECURSOS** - Responsável pela distribuição de recursos, consubstanciando as tomadas de decisão significativas da organização.

**NEGOCIADOR** - Representante da organização em todas as negociações importantes.





5. **ORDENE**, da mais importante (1.º lugar) até à menos importante (10.º lugar), cada uma das **DEZ** dimensões acima descritas, que melhor contribuirão para a ação do Diretor do Hospital das Forças Armadas o conduzir no futuro a um hospital competitivo e de referência. \*

(Nota: ORDENAR AS DIMENSÕES SEM HIPÓTESE DE EMPATE)

Mark only one oval per row.

	1.º Lugar	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo	Oitavo	Nono	10.º Lugar
Primeira figura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disseminador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porta Voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agente de mudança organizacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulador de conflitos (corretor de desvios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distribuidor de recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apêndice F – Resultados segunda volta Painel *Delphi*

2.ª Volta - Total respostas (96 peritos)										
Dimensão Classif.	Primeira Figura	Lider	Ligação	Monitor	Dissemi- nador	Porta- Voz	Agente Mudança Organ.	Regulador Conflitos	Distribuidor Recursos	Negociador
1 - 1,5	14	70	1	0	0	2	6	1	1	2
2 - 2,5	27	18	3	4	0	4	30	2	6	7
3 - 3,5	12	2	11	2	0	2	29	7	14	8
4 - 4,5	6	2	5	13	8	6	4	20	14	19
5 - 5,5	8	3	18	9	10	9	11	15	8	12
6 - 6,5	8	0	16	11	10	5	7	12	16	12
7 - 7,5	4	1	13	18	17	5	5	7	12	17
8 - 8,5	6	0	12	18	19	8	3	15	10	7
9 - 9,5	6	0	10	10	23	16	1	9	9	9
10	5	0	7	11	9	39	0	8	6	3
Respondentes	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
1 - 1,5	14,6%	72,9%	1,0%	0,0%	0,0%	2,1%	6,3%	1,0%	1,0%	2,1%
2 - 2,5	28,1%	18,8%	3,1%	4,2%	0,0%	4,2%	31,3%	2,1%	6,3%	7,3%
3 - 3,5	12,5%	2,1%	11,5%	2,1%	0,0%	2,1%	30,2%	7,3%	14,6%	8,3%
4 - 4,5	6,3%	2,1%	5,2%	13,5%	8,3%	6,3%	4,2%	20,8%	14,6%	19,8%
5 - 5,5	8,3%	3,1%	18,8%	9,4%	10,4%	9,4%	11,5%	15,6%	8,3%	12,5%
6 - 6,5	8,3%	0,0%	16,7%	11,5%	10,4%	5,2%	7,3%	12,5%	16,7%	12,5%
7 - 7,5	4,2%	1,0%	13,5%	18,8%	17,7%	5,2%	5,2%	7,3%	12,5%	17,7%
8 - 8,5	6,3%	0,0%	12,5%	18,8%	19,8%	8,3%	3,1%	15,6%	10,4%	7,3%
9 - 9,5	6,3%	0,0%	10,4%	10,4%	24,0%	16,7%	1,0%	9,4%	9,4%	9,4%
10	5,2%	0,0%	7,3%	11,5%	9,4%	40,6%	0,0%	8,3%	6,3%	3,1%
Respondentes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Respostas Grupo Saúde (44 peritos)										
1 - 1,5	9	32	0	0	0	0	1	0	1	2
2 - 2,5	15	8	2	1	0	2	11	1	2	4
3 - 3,5	6	2	7	0	0	1	15	5	2	3
4 - 4,5	4	0	3	5	4	3	3	9	7	7
5 - 5,5	4	1	5	5	5	4	7	6	6	4
6 - 6,5	1	0	9	3	5	3	2	5	4	7
7 - 7,5	1	1	4	12	7	3	2	0	7	10
8 - 8,5	3	0	6	7	8	2	3	8	5	3
9 - 9,5	1	0	5	5	12	8	0	3	6	2
10	0	0	3	6	3	18	0	7	4	2
Respondentes	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
1 - 1,5	20,5%	72,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,3%	4,5%
2 - 2,5	34,1%	18,2%	4,5%	2,3%	0,0%	4,5%	25,0%	2,3%	4,5%	9,1%
3 - 3,5	13,6%	4,5%	15,9%	0,0%	0,0%	2,3%	34,1%	11,4%	4,5%	6,8%
4 - 4,5	9,1%	0,0%	6,8%	11,4%	9,1%	6,8%	6,8%	20,5%	15,9%	15,9%
5 - 5,5	9,1%	2,3%	11,4%	11,4%	11,4%	9,1%	15,9%	13,6%	13,6%	9,1%
6 - 6,5	2,3%	0,0%	20,5%	6,8%	11,4%	6,8%	4,5%	11,4%	9,1%	15,9%
7 - 7,5	2,3%	2,3%	9,1%	27,3%	15,9%	6,8%	4,5%	0,0%	15,9%	22,7%
8 - 8,5	6,8%	0,0%	13,6%	15,9%	18,2%	4,5%	6,8%	18,2%	11,4%	6,8%
9 - 9,5	2,3%	0,0%	11,4%	11,4%	27,3%	18,2%	0,0%	6,8%	13,6%	4,5%
10	0,0%	0,0%	6,8%	13,6%	6,8%	40,9%	0,0%	15,9%	9,1%	4,5%
Respondentes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Respostas Grupo Não Saúde (52 peritos)										
1 - 1,5	5	38	1	0	0	2	5	1	0	0
2 - 2,5	12	10	1	3	0	2	19	1	4	3
3 - 3,5	6	0	4	2	0	1	14	2	12	5
4 - 4,5	2	2	2	8	4	3	1	11	7	12
5 - 5,5	4	2	13	4	5	5	4	9	2	8
6 - 6,5	7	0	7	8	5	2	5	7	12	5
7 - 7,5	3	0	9	6	10	2	3	7	5	7
8 - 8,5	3	0	6	11	11	6	0	7	5	4
9 - 9,5	5	0	5	5	11	8	1	6	3	7
10	5	0	4	5	6	21	0	1	2	1
Respondentes	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
1 - 1,5	9,6%	73,1%	1,9%	0,0%	0,0%	3,8%	9,6%	1,9%	0,0%	0,0%
2 - 2,5	23,1%	19,2%	1,9%	5,8%	0,0%	3,8%	36,5%	1,9%	7,7%	5,8%
3 - 3,5	11,5%	0,0%	7,7%	3,8%	0,0%	1,9%	26,9%	3,8%	23,1%	9,6%
4 - 4,5	3,8%	3,8%	3,8%	15,4%	7,7%	5,8%	1,9%	21,2%	13,5%	23,1%
5 - 5,5	7,7%	3,8%	25,0%	7,7%	9,6%	9,6%	7,7%	17,3%	3,8%	15,4%
6 - 6,5	13,5%	0,0%	13,5%	15,4%	9,6%	3,8%	9,6%	13,5%	23,1%	9,6%
7 - 7,5	5,8%	0,0%	17,3%	11,5%	19,2%	3,8%	5,8%	13,5%	9,6%	13,5%
8 - 8,5	5,8%	0,0%	11,5%	21,2%	21,2%	11,5%	0,0%	13,5%	9,6%	7,7%
9 - 9,5	9,6%	0,0%	9,6%	9,6%	21,2%	15,4%	1,9%	11,5%	5,8%	13,5%
10	9,6%	0,0%	7,7%	9,6%	11,5%	40,4%	0,0%	1,9%	3,8%	1,9%
Respondentes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%